

きもと小児科病児デイケアルーム利用申込書

令和 5年 4月 1日改訂版

名前	ふりがな	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
			(歳 か月)				
通院医院名							
利用開始時間	時 分 ~		お迎え予定時間	時 分			
お迎えにこられる方は ①名前 (続柄 父・母・その他)							
②名前 (続柄 父・母・その他)							
※お迎えに来られる際は身分を証明できるものをご提示ください。 その他の方の場合には電話番号							
※お迎えに来られる方の預かり後の変更はできません。							

今回の病気についてお答えください。あてはまるものに○をつけ、必要などところをご記入ください。

現在の症状・お分かりの場合は病名	現在の体温	体重
	°C	Kg

病状や服薬について

1. 薬のアレルギーはありますか？	なし	・ あり ()
2. 朝の薬は、	処方なし	・ 飲ませた
		・ 飲ませてない
3. 昼の薬はありますか？	なし	・ あり ()
4. 解熱剤は使用しましたか？	未使用	・ 使用 (最終使用時間 月 日 午前・午後 時 分頃)
5. 吐き気止めは使用しましたか？	未使用	・ 使用 (最終使用時間 月 日 午前・午後 時 分頃)
6. 熱性けいれんをおこしたことがありますか？	いいえ	・ はい (はいの方は下の質問にお答え下さい)
・ 熱が出たときに予防的にけいれん予防の薬をつかっていますか？		
	いいえ	・ はい (4mg ・ 6mg ・ 10mg)
・ 今回の病気でダイアップ(けいれん予防)		
	未使用	・ 使用
	1回目	月 日 午前・午後 時 分頃
	2回目	月 日 午前・午後 時 分頃

食事について

食物アレルギーはありますか？	なし	・ あり ()
・ 「あり」の方 誤食時の薬を持参していますか？	なし	・ あり (薬名)

食事	<input type="checkbox"/> ミルク 飲ませ方 1回 cc こちらで飲む時間 時 時 時 ・ 屋食後 ・ おやつ後
	<input type="checkbox"/> 離乳食
	<input type="checkbox"/> 普通食
	<input type="checkbox"/> おやつ

予防接種	年齢相当の予防接種を、	している	・ していない
------	-------------	------	---------

伝えておきたいことなどありましたら、ご記入ください

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、申し込みます。

なお、利用期間中は施設の指示に従います。

令和 年 月 日 保護者名