きもと小児科病児デイケアルーム利用申込書

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 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	□ ミルク　飲ませ方 1 回　cc　こちらで飲む時間　時　時　時 ・ 昼食後 ・ おやつ後 □ 離乳食 □ 普通食 □ 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