

病児保育利用当日申し込み用紙

※太枠内は、毎回ご記入ください。

利用日R

診察券番号	生年月日 H・R (歳 ヶ月)	体重: kg
ふりがな		通園・通学先名称
利用者氏名	男・女	
緊急連絡先	①電話番号 (続柄) ②電話番号 (続柄)	
お迎え	時 分頃	お迎えに来る方の氏名: (続柄)
アレルギー : なし・あり()		昨日の最高体温 ℃ 今朝の体温 ℃
本日(昨夜から)のお子さまの状態と様子 いつからどのような症状ですか(2日目以降は、帰宅時から朝までの様子)		
現在飲んでいる薬の名前: () 朝の薬の内服: なし・あり お昼の薬の内服: なし・あり		
※なしの場合は記入不要です。 熱さまし: なし・あり (時 分) 吐き気止め: なし・あり (時 分) けいれん止め: なし・あり (時 分) 嘔吐: なし・あり (今朝 回、昨夜 回) 排便: 出ていない・普通・軟便・水様 (今朝 回、昨夜 回)		
希望する主食: 米飯・めん		ミルク(直近): 時 分
食欲 昨夜: なし・あり / 今朝: なし・あり (時頃)		
睡眠時間: ~ :	吸入器の貸し出し: なし・あり (直近: 時 分)	
お子さまのことで伝えたいことや心配なことなどありましたら、お教えてください。		

※連日利用の場合は記入不要です。変更がある場合はご記入ください。

食事形態: ふつう・きざみ・離乳食 (初期・中期・後期)
日中のミルク: なし・あり ※ありの場合のみ以下ご記入ください。 ミルクの量: 1回あたり cc / 足しミルク cc / ミルクの間隔: 時間 ミルクの種類: すこやか・つよいこ(フォローアップ) / 母乳実感哺乳ピンの希望: なし・あり

普段のお昼寝の長さ: 時間程度 / 眠りの深さ: 深い・浅い・どちらでもない 好む寝入り方: 抱っこで寝る・トントンで寝る・添い寝で寝る・その他() 午前中の睡眠: なし・あり

排尿: 自立・オムツ・布トレパン (知らせる・知らせない) 排便: 自立・オムツ・出そうな様子が自分でわかる・知らせない お昼寝のとき: オムツ・おねしょをすることがある (ときどきある・よくある)

好む遊び・活動

医師連絡表

症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 急性咽頭・扁桃炎 <input type="checkbox"/> 急性気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロウイルス胃腸炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> hMP ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> クループ性気管支炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ A <input type="checkbox"/> インフルエンザ B <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他 ()
	〈病名不明の時〉 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
医師所見	<input type="checkbox"/> (N) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (M) <input type="checkbox"/>	

保育室 No.	
---------	--