病児デイケアルーム利用申込書（登録者用）

登録番号（NO　　）

名前	ふりがな 愛称（　　）	男	生年月日　　年　　月　　日
		女	年齢　　歳　　か月
利用日時	年　　月　　日　　時　　分 から　　時　　分		
通院病院名	電話番号(　　)―(　　)―(　　)		
保育園・幼稚園・小学校	電話番号(　　)―(　　)―(　　)		
連絡先	父　電話番号(　　)―(　　)―(　　)		
	母　電話番号(　　)―(　　)―(　　)		

今回の病気について
　あてはまるものすべてに○をつけ，必要なところをご記入ください。

病名は　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医師に　受診している・受診していない
投薬を　受けている・受けていない
病児デイケアルーム利用依頼書等　ある・ない
保育所等はいつから休んでいますか　月　日

現在の症状　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
発　熱　＿＿＿＿℃
咳　鼻水　頭痛　嘔吐　下痢　腹痛
喘息発作　発疹　とびひ　めやに
元気がない　食欲がない　その他

昨日からの症状・服薬について
※今朝の朝食　〔食べていない　　，食べた（内容　　）〕
※最後の排便　（　　日　　時）頃
※最後に薬を服用した時間（　　日　　時）頃
※最後に座薬を使った時間（　　日　　時）頃
※その他お子様の様子について，詳しくご記入ください。

入室中の食事と服薬について

ミルク　要　不要　持参

（飲ませ方　1回　cc　回／日
最後に飲ませた時間　時
こちらで飲む時間　時　時　時）

離乳食　要　不要　持参
普通食　要　不要　持参
おやつ　要　不要　持参
服　薬　要（　時　時　時）　不要（薬の飲ませ方）

食物アレルギー　無・有（　　）

排便	ひとりでできる　手助け　おむつ	排尿	ひとりでできる　手助け　おむつ

お迎えに来られる方は　母親　父親　その他（お名前　　続柄　　）
保護者以外の方で前もってお名前、続柄がわからない場合（ファミリーサポートセンターの方等）は、身分を証明するものをご提示下さい。

予防接種がすんでいるものに ○ を，既に感染しているものに ◎ をつけてください。	水痘　おたふくかぜ　麻疹　風疹　４種混合

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。

年　　月　　日　保護者名

病児デイケアルーム井尻　様