

【見本】

小児デイケア入室申込書

【保護者記入欄】

ご利用希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
乳幼児氏名	(男・女) 愛称	生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
所属保育所・幼稚園・小学校名			
保護者氏名	続柄 ()	記載者が保護者以外の場合	氏名 続柄 ()
緊急連絡先 ※①・②違う方	①氏名 (続柄:)	TEL:携帯・自宅・勤務先	()
	②氏名 (続柄:)	TEL:携帯・自宅・勤務先	()
〈主な症状〉(できるだけ詳しくご記入ください)			
* 症状はいつからですか? (月 日 時頃)			
* 症状に○をつけて下さい 咳・鼻水・ゼーゼ・下痢・嘔吐・発疹・その他()			
* 発熱 無・有 (最高: 月 日 時頃 度 分)			
* 熱さまし使用 無・有 (最終使用時間 月 日 時頃 度 分)			
* 食物アレルギー 無・有 (食材名:)			
* かかった事のある病気 おたふく風邪・水痘・麻疹(はしか)・風疹・熱性けいれん・その他()			
* 現在治療中の病気 無・有 (病名:)			
★家族からの伝言★ お子様の特徴、くせ、性格等、また小児デイケア室に伝えたいことがあればご記入ください。 ()			

※記入のない症状がみとめられた場合はもう一度診察をお願いします

【医師記入欄】

病名 (右記へ直接記入)			
隔離の可否	必要・不要		
療養上の注意点 (右記へ直接記入)			
医師の 指示事項	〈発熱時の対応等〉 ※家にある解熱剤を持参する時はお薬手帳も一緒に持参		
	薬品名:	量:	mg 個 (°C以上にて使用)
	その他:		
	〈与薬について〉 無・有(処方日 日 処方(薬剤処方情報提供書)		
	継続薬: 無・有(月 日よりの		
	〈他院よりの継続薬〉 無・有(病院名: 薬品系:)		
〈その他、指示事項〉			
吸入・吸引(鼻水) 指示を記入 (※吸入液の持参をお願いします)			
病児・病後児保育(小児デイケア室)利用について、上記のとおり連絡いたします。			
受診日	平成 年 月 日	医療機関名	
		所在地	
※記入日を含めた4日間有効		電話番号	
		医師名	印

※記入がない場合、お薬手帳の持参をお願いします