

利用申込書 (例)

【保護者記入欄】※受診後症状変化が認められた場合、再度受診をお願いすることがあります。
受診は小児デイケア室利用当日か前日にお願いします。

ふりがな	○○○○○○	性別	生年月日
氏名 (お子様)	○○○○○	男・女	西暦○○○○年 ○月 ○日生 (○ 才 ○ ヶ月)
アレルギーについて	なし ・ あり (卵)		
かかった事のある病気	おたふく ・ 水痘 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 百日咳 ・ RSウイルス コロナ(3ヶ月以内) ・ その他 ()		
現在治療中の病気	なし ・ あり 病名: 中耳炎		
主な症状 (経過を詳しく記入をお願いします。)			
○発熱(なし・ あり) いつから ○月 ○日~			
○鼻水(なし・ あり) いつから ○月 ○日~			
○咳(なし・あり) いつから 月 日~			
○嘔吐 下痢 いつから ○月 ○日~			
○発疹 いつから 月 日~			
○眼の充血 いつから 月 日~			
○その他 腹痛			
お薬の使用	解熱剤 (最終使用時間 ○ / ○ ○:○○ ○○.○ °C)		
	その他 提供証明書の発行についてチェックしてください		
当施設は「宜野湾市無償化対象施設」です。領収書兼提供証明書の発行を希望しますか <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			

【医師連絡票】

海邦病院 病児・病後児保育小児デイケア室宛

受診日 西暦○○○○年 ○月 ○○日 医療機関名 **○○○小児科**

所在地 **○○○○○○○1-1-1**

電話番号 **○○○-○○○○**

医師名 **○○○○**

上記児童について病児・病後児保育が可能であると認められますので、下記の点について連絡します。

病名 (診断名)	急性胃腸炎	コロナ抗原検査 (陰性 ・ 陽性)
療養上の注意点	水分の補給	
隔離	隔離室で対応 ・ 隔離なし ※隔離が必要な場合は保護者の方へ説明をお願いします	
発熱時の対応	※自宅にある解熱剤を使用する場合も記入をお願いします。	
	(38.5 °C以上で使用) 5~6 時間以上あける 薬剤名: カロナール細粒 使用量: 100mg 1包	
処方内容	○月 ○○日処方 ○○○○	
処置・その他指示	おしりのかぶれがひどい時は軟膏を塗って様子を見てください。	