

利用申込書

【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をお願いします。

ふりがな			性別	生年月日		
児童氏名		男・女	西暦	年	月	日生
			(才ヶ月)			
アレルギーについて	なし ・ あり ()					
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:					
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						
お薬の使用	解熱剤 (最終使用時間 / : °C 使用)					
	その他					

【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

所在地

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)		コロナ抗原検査
		(陰性 ・ 陽性)
療養上の注意点		
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。	
	(°C以上で使用)	時間以上あける
	薬剤名:	使用量:
処方内容	月 日処方	
処置・その他指示		

※有効期限は医師の記入日から4日間です