

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をお願いします。

ふりがな	〇〇〇〇〇〇	性別	生年月日
児童氏名	〇〇〇〇〇	男・女	西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日生 (〇 才 〇 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 〇月 〇日～			
○鼻水(なし・あり)いつから 〇月 〇日～			
○咳(なし・あり)いつから 月 日～			
○嘔吐・下痢 いつから 〇月 〇日～			
○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 〇 / 〇 〇:〇〇 〇〇.〇 ℃		
	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 西暦〇〇〇〇年 〇月 〇〇日 医療機関名 〇〇〇小児科

所在地 〇〇〇〇〇〇1-1-1

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇

医師名 〇〇〇〇

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 ℃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	〇月 〇〇日処方 〇〇〇〇	
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。	

※有効期限は医師の記入日から4日間です