

小児デイケア入室申込書

【保護者記入欄】

海邦病院 小児デイケア 098-898-2111

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 ヲ月)
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	()
<p>〈主な症状〉 (できるだけ詳しくご記入ください)</p> <p>* 症状はいつからですか? (月 日 時頃)</p> <p>* 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 ()</p> <p>* 発熱 無・有 (最高: 月 日 時頃 度 分)</p> <p>* 熱さまし使用 無・有 (最終使用時間 月 日 時頃 度 分)</p> <p>* 食物アレルギー 無・有 (食材名:)</p> <p>* 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 ()</p> <p>* 現在治療中の病気 無・有 (病名:)</p> <p>★ご家族から伝えたい事★ 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。</p> <p>()</p>			

【医師記入欄】

病名 (右記へ直接記入)	
隔離の要否	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〉 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〉
	_____ _____ _____ _____
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 電話番号 医師名 印	