

病児デイケアルーム利用申込書（登録者用）

登録番号（NO ）

名前	ふりがな 愛称 ( )	男	生年月日 年 月 日
		女	年齢 歳 か月
利用日時	平成 年 月 日	時 分	から 時 分
通院病院名	電話番号( )-( )-( )		
保育園・幼稚園・小学校	電話番号( )-( )-( )		
連絡先	父	電話番号( )-( )-( )	
	母	電話番号( )-( )-( )	
利用料区分	生活保護世帯・市県民税非課税世帯・所得税非課税世帯・その他の世帯		
今回の病気について あてはまるものすべてに○をつけ、必要なところをご記入ください。			
病名は _____ 医師に 受診している・受診していない 投薬を 受けている・受けていない 病児デイケアルーム利用依頼書等 ある・ない 保育所等はいつから休んでいますか 月 日		現在の症状 _____ 発熱 _____℃ 咳 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 喘息発作 発疹 とびひ めやに 元気がない 食欲がない その他	
昨日からの症状・服薬について ※今朝の朝食 [食べていない, 食べた(内容 )] ※最後の排便 ( 日 時)頃 ※最後に薬を服用した時間( 日 時)頃 ※最後に座薬を使った時間( 日 時)頃 ※その他お子様の様子について、詳しくご記入ください。			
入室中の食事と服薬について			
ミルク 要 不要 持参		( 飲ませ方 1回 cc 回/日 ) ( 最後に飲ませた時間 時 時 時 ) ( こちらで飲む時間 時 時 時 )	
離乳食 要 不要 持参 普通食 要 不要 持参 おやつ 要 不要 持参 服薬 要 ( 時 )		食物アレルギー 無・有( ) 時) 不要(薬の飲ませ方)	
排便	ひとりのできる	手助け	おむつ
排尿	ひとりのできる	手助け	おむつ
お迎えに来られる方は 母親 父親 その他(お名前 続柄 ) <small>保護者以外の方で前もってお名前、続柄がわからない場合(ファミリーサポートセンターの方等)は、身分を証明するものをご提示下さい。</small>			
予防接種がすすんでいるものに○を、既に感染しているものに◎をつけてください。		水痘 おたふくかぜ 麻疹 風疹 三種混合	

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、申し込みます。  
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

平成 年 月 日 保護者名

\_\_\_\_\_病児デイケアルーム 様