

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 女	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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) ※最後に内服を使った時間 (_____ 日 _____ 時) ※最後に座薬を使った時間 (_____ 日 _____ 時) ※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 こちらで飲む時間 _____ 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) 不要 (薬の飲ませ方)		食物アレルギー 無・有(_____)	
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 _____) 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。			
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