

## 病児デイケアルーム利用申込書(登録者用)

来院時体温( ) 病名( )  
 登録番号(No. ) カルテ(No. ) 部屋( 保育室 ① ② ③ ④ )

お子さまの名前	ふりがな	男	生年月日	年	月	日	
	愛称 ( )	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 当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ますか 月 日			今回の症状 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) * 最後に解熱剤(内服 ・ 坐薬)を使った時間( 日 時) 薬持参 有 ・ 無 * その他お子さまの様子について、詳しくご記入ください。					スタッフ記入欄		
特記事項 * 食物アレルギー 有( ) ・ 無 * 熱性けいれん 有 ・ 無 (最終発作 平成 年 月)							
入室中の食事と服薬について ミルク 不要 ・ 要 服薬 不要 ・ 要( 時 時 時)(薬の飲ませ方 )							
排便	ひとりでできる	手助け	おむつ	排尿	ひとりでできる	手助け	おむつ
お迎えにこられる方は 母親 父親 その他(お名前 続柄 ) * 身分を証明するもの(運転免許証・パスポートなど)をご持参ください。							
予防接種がすんでいるものに○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	

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、登録を申請します。  
 なお利用期間中は、施設の指示に従います。

平成 年 月 日  
 キッズデイケアルーム城南 様 保護者名