

内田こどもクリニック病児保育室 キッズデイケアルーム城南 利用申込書(登録者用)

登録番号(No.) 入室時体温() 病名() 部屋(保育室 ① ② ③ ④)

利用日	令和 年 月 日	男 女	生年月日 年 月 日
お子さまの名前	ふりがな		年齢 歳 カ月
通院病院名	今回の病気に対して受診していますか している (病院名) していない		
保育園・幼稚園・小学校	保育園・保育所・幼稚園・小学校		
緊急連絡先	①名前() 続柄() TEL()		
	②名前() 続柄() TEL()		
居住地	福岡市 ・ 福岡市以外		
今回の病気について	あてはまるもののすべてに○をつけ、必要なところをご記入ください。 保育園等はいつから休んでいますか (月 日) 症状はいつから出ていますか (日から) 発熱(°C) 咳 鼻水 頭痛 吐き気 腹痛 喘息発作 嘔吐 下痢 形状(水様・泥状・軟便・白色便・血便) 発疹 とびひ めやに 元気がない 食欲がない その他()		
服薬	朝の服薬 なし・未・済 → 服薬した時間(:) 昼の服薬(持参分) なし・あり 薬の飲ませ方は() 今回の症状で解熱剤を使いましたか いいえ はい 「はい」の方 最終使用時間(日 :)		
食事・ミルク	食物アレルギー あり() なし		
	今日の朝食 普段通り やや少ない 少ない 食べていない		
	【入室中ミルクが必要な方】最後に飲んだ時間は何時ですか (:)頃 ミルク 1回()cc ()時間おき		
排泄	パンツ おむつ (枚持参) <input type="checkbox"/> ※足りない場合は1枚30円で買い取りすることに了承します。		
これまでにかかった主な感染症と病気に○をつけてください 1 熱性けいれん 既往 (有・無) (計 回) (最終発作 平成・令和 年 月) 2 突発性発疹 3 水ぼうそう 4 おたふくかぜ			
注意してほしいことをお書きください			
お迎えに来られる方は 母親 父親 その他(お名前 続柄) お迎えの時間は (:) 頃			

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。

保護者名
