㊟有・無

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.　　）　部屋（　保育室　①　②　③　④　）

お子さまの名前	ふりがな 愛称 （　　）	男 女	生年月日　年　月　日 年齢　歳　か月	
利用日時	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（　）-（　）-（　）		

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下さい。

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
＊最後に吸入した時間（　日　時）
薬持参　有 ・ 無
＊その他お子様の様子について、詳しくご記入下さい。

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　（飲ませ方　1回　cc　回／日　最後に飲ませた時間　時　こちらで飲む時間　時　時　時）
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）をご持参下さい。

予防接種がすんでいるものに○を、既に感染しているもの◎をつけて下さい。	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。

年　月　日

たんぽぽデイケアルーム　様　　保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿