



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	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()-()-()						

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 _____	今回の症状
医師に 受診している・受診していない	発熱 咳 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢
投薬を 受けている・受けていない	腹痛 喘息発作 発疹 とびひ めやに
病児デイケアルーム利用依頼書等 ある・ない	元気がない 食欲がない
保育所等はいつから休んでいますか 月 日	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 時 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	ひとりできる	手助け	おむつ	排尿	ひとりできる	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。

たんぽぽデイケアルーム 様 年 月 日
 保護者名