

ご利用の際はこの用紙にご記入下さい

病児・病後児保育事業 入室時申込兼連絡表
 ご利用日：平成 年 月 日()

ご利用児童名

ご登録時または前回利用時から変わったことについてお聞きします。

■ 該当する箇所のみご記入ください

住所／連絡先の変更	新住所 新連絡先
けいれんがあった	平成 年 月 日 ⇒ 発熱を伴いましたか？(はい・いいえ)
新たにアレルギーになつた食品、薬がある	品目
入院するような病気ケガがあった	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 病名：()
次の病気にかかった	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ
その他、連絡しておきたいこと	

■ 今回他の医療機関に受診されている方はご記入下さい

いつどこで受診されましたか？	月 日 医療機関名 ()
診断名は何でしたか？	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 咽頭炎・上気道炎 <input type="checkbox"/> 胃腸炎・胃腸風邪 <input type="checkbox"/> その他 ()
薬は処方されましたか？	<input type="checkbox"/> はい⇒ お薬手帳を持参下さい <input type="checkbox"/> いいえ
薬の使用で該当する場合はご記入下さい	
<input type="checkbox"/> 内服薬の服用	前夜 当日朝
<input type="checkbox"/> 熱さましの使用	内服 座薬 ⇒ 使用した時間 ____時
<input type="checkbox"/> 吐き気止めの使用	内服 座薬 ⇒ 使用した時間 ____時
<input type="checkbox"/> けいれん止めの使用	内服 座薬 ⇒ 使用した時間 ____時 ____時
<input type="checkbox"/> ホクナリンテープの使用	____時
<input type="checkbox"/> 外用剤の使用	薬品名() 部位() ⇒使用した時間 ____時 次回使用の予定 ____時頃
<input type="checkbox"/> その他使用した薬剤があればご記入ください	内容 () ⇒使用した時間 ____時

■ 以下全ての欄にご記入下さい。

■ 本日の迎え時間 (:)				
■ お迎えに来る方 () お子さんとの関係 ()				
■ 今朝の体温：()℃ 昨夜は何℃でしたか ()℃				
■ 通っている園で流行している病気はありますか？				
時刻		家庭での様子	たんぼぼでの様子	時刻
19				7
	鼻汁	多 少 無	多 少 無	8
	咳	多 少 無	多 少 無	
20	喘鳴	多 少 無	多 少 無	9
21	嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 () 回 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () 回 <input type="checkbox"/> 無	10
22	便	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 回数 ()	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 回数 ()	11
23	尿	多 普通 少	多 普通 少	
24	食事	夕食 内容と分量	昼食(午前食)	12
1		朝食 内容と分量	おやつ(午後食)	13
2	機嫌	良 普通 悪	良 普通 悪	14
	検温	AM ____℃ PM ____℃		
	睡眠	良 不眠	良 不眠	15
3	様子			16
4				17
5				18
6				