

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

病児・病後児保育ルームエミリア 様

病児保育事業を利用したく申請します。

ふりがな お子さんのお名前		男・女	年齢	才	ヶ月
ふりがな 保護者氏名	印	電話番号	自宅 携帯	-	-

病状連絡票 お子さんの様子をわかる方(保護者)が記入して下さい。

いつから症状が始まりましたか? 月 日から 主な症状 : 発熱 ・ せき ・ ゼーゼー ・ 吐く ・ 下痢 ・ 発疹 ・ 湿疹 その他 (具体的に)
昨日から、今朝の様子についてお書き下さい。 ・体温 : 昨夜 ℃ 朝 ℃ 解熱剤使用: 無・有 (時 分) (座薬・紛薬・シロップ) ・鼻汁 : 多い・少し・無 ・せき : 多い・少し・無 ・ゼーゼー: 多い・少し・無 ・はく : 無・有 (いつから: 回数: 回) 吐き気止め使用: 無・有 (時 分) (座薬・こな薬・シロップ) ・うんち : 無・有 (回) 普通・やわらかい・ドロドロ・水っぽい ・その他 : ()
食欲はどうですか? ・水分はとれていますか? 充分 ・ 少量 ・夕食 : 普通 ・ 少量 ・ 食べない ・朝食 : 普通 ・ 少量 ・ 食べない
睡眠はとれましたか? ・充分 (時 ~ 時まで) ・不眠 (のため眠れない) ・その他 ()
薬についてお書きください。 ①かかりつけ(医師連絡表記載)病院の薬 月 日から内服 ②他の病院でもらって飲んでいる薬はありますか? 有 ・ 無 ※有と答えた方・・・処方箋・薬をご持参下さい。 ③今朝は、薬を飲みましたか? 時 分に内服 ・ 内服せず 服薬内容 { }
今回の病気以外で現在治療中の病気があればお知らせ下さい (中耳炎など)。 無 ・ 有 () 病院名 ()

*お子さんの家での様子をお聞かせ下さい。

薬の飲ませ方	スプーンの上で飲む ・ そのまま飲む ゼリー、アイスに混ぜる ・ その他		
水分のとり方	コップで飲む ・ 哺乳ビン使用 スパウト使用 ・ スプーン・ストローで飲む		
ご飯の食べ方	スプーン、フォークで食べる ・ お箸を使う ・ 手づかみ		
便・尿の仕方	おむつ ・ 紙パンツ ・ トイレで出きる		
お昼寝の仕方	トントンされて眠れる ・ 一人で眠れる 特定の物（毛布、ぬいぐるみなど）を持って眠る		
その他			
好きな遊び		特記事項など	

診 療 同 意 書

病状によって緊急の診療を必要とする場合があります。その際にはふじえだファミリークリニックの診療を行うことを同意します。

同意者 保護者氏名 _____ 印

令和 年 月 日

与 薬 依 頼 書

別紙の薬剤提供書、又はお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わって与薬をお願いいたします

依頼者 保護者氏名 _____ 印

令和 年 月 日

以下は保育室が記載します

薬品名

受領者サイン

与薬者サイン

投与時刻 ① 時 分 ② 時 分 ③ 時 分 与薬