

# 病児保育室 ぐうぐう 利用申込書(ご利用日ごとにご提出下さい)

診察の結果、必要時には検査をさせていただきます。検査結果によっては処方を追加する場合があります

お名前( 愛称: ) 利用者番号( )

必ず連絡が取れる 連絡先を2か所お 願います	①保護者氏名 (続柄 ) 携帯番号 - -
	②保護者氏名 (続柄 ) 携帯番号 - -
本日のお迎え	時 分頃に <input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・( ) 体 重 キ <input type="checkbox"/>
病 名 (分かれば)	今朝の体温 <input type="text"/> °C
今朝の朝食	<input type="checkbox"/> 食べてない <input type="checkbox"/> 食べた ( <input type="radio"/> いつもよりかなり少ない・ <input type="radio"/> いつもより少なめ・ <input type="radio"/> いつもくらい )
主な症状	<input type="checkbox"/> 熱( 月 日頃から 最高 度) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他
解熱剤について	①48時間以内に解熱剤を利用しましたか? <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 使った(今回の熱で計 回使用) (最後は 月 日 時 分頃に熱が _____ 度で使用) ②解熱剤の剤形は? <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 他( _____ ) ③解熱剤を持っていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ④発熱時等に解熱剤を使用しても良いですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
熱性痙攣について	熱性痙攣を起こしたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →(痙攣止めの薬は使用していますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ)
おくすり	服薬予定の薬はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →( _____ 時 分頃、薬の内容: _____ ) ( _____ 時 分頃、薬の内容: _____ )
	処方希望の薬はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →①希望する薬( _____ ) <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗り薬 ②希望する薬( _____ ) <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗り薬 ③希望する薬( _____ ) <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗り薬
お食事	<input type="checkbox"/> 授乳中またはミルクを飲んでいる(だいたい1日に _____ 回、1回 _____ ml飲む) (最後の授乳時間: _____ 時 分頃) (こちらで飲む時間:① _____ 時 分、② _____ 時 分) <input type="checkbox"/> 離乳中 <input type="checkbox"/> 普通食 (食物アレルギーがある場合は、下記に記入をお願いします)
アレルギーによる注意事項	アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →( <input type="checkbox"/> 食べ物 _____ <input type="checkbox"/> 薬 _____ <input type="checkbox"/> 他 _____ )
排尿・排便	<input type="checkbox"/> おむつ( <input type="radio"/> 排泄教える・ <input type="radio"/> 教えない ) <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> パンツ
その他 お子様のご様子について	

上記の通り、病児保育室を利用したいので、利用を申請します。なお、利用期間中は施設の指示に従います。

令和 年 月 日

この申込書を書かれた方のお名前 \_\_\_\_\_

<以下の欄はスタッフが記載します>

保育・看護 スタッフ メモ欄	受け入れをした職員名: _____
----------------------	-------------------