

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)

利用者番号(No)

お名前	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
			愛称() 歳 か月		
住所	〒 区 福岡市 区				
利用時間	月 日 入室時間 時 分	お迎え時間 時 分			
お迎えにこられる方は <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> その他(お名前 続柄) *お迎えの方は身分証明書をご持参下さい					
緊急連絡先 <small>必ず連絡が取れる 連絡先を優先順で お願いします</small>	①氏名 (続柄)	電話番号() - -			
	②氏名 (続柄)	電話番号() - -			
今回の病気 について	今月受診した医療機関()	今朝の体温(℃) 体重(Kg)			
	処方箋を <input type="checkbox"/> 飲んでいいる ・ <input type="checkbox"/> 飲んでいない 市販薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいいる ・ <input type="checkbox"/> 飲んでいない 保育所はいつから休んでますか? 月 日 保育所で流行っている病気()	今回の症状(当てはまるものに✓を) <input type="checkbox"/> 発熱・ <input type="checkbox"/> 発疹・ <input type="checkbox"/> 咳・ <input type="checkbox"/> 鼻水・ <input type="checkbox"/> ぜんそく発作 <input type="checkbox"/> 頭痛・ <input type="checkbox"/> のど痛・ <input type="checkbox"/> 嘔吐・ <input type="checkbox"/> 下痢・ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 食欲低下・ <input type="checkbox"/> 元気がない・ <input type="checkbox"/> とびひ・ <input type="checkbox"/> 目やに その他()			
昨日からの症状・服薬について *今朝の朝食 食べてない・ 食べた(内容: *最後の排便 (/ 時)便の状態: *最後に解熱剤を使った時間 (/ 時) (℃) 食物や薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり() 熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり【今までに 回(最終 年 月 日)】 症状が出た日 (/) (℃) *こちらで飲む薬 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 塗り薬・ <input type="checkbox"/> 飲み薬) (使い方と時間:) () *解熱剤 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 坐薬・ <input type="checkbox"/> 粉・ <input type="checkbox"/> シロップ) (使い方:)		スタッフ記入欄 明日の利用 無・有 (: ~ :) 薬の処方希望 無・有 () 検査 不可・可 薬 不可・可 解熱剤の使用 不可・可 ()			
*その他お子様の様子について詳しくご記入ください。					
お食事について <small>当てはまる□に ✓をお願いします</small>	<input type="checkbox"/> 授乳中 (<input type="checkbox"/> ① 母乳 <input type="checkbox"/> ② ミルクはだいたい1日に 回【1回 ml飲む】 ミルク <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 要【最後に飲ませた時間 時】【こちらで飲む時間 時、 時、 時】 <input type="checkbox"/> 離乳中 <input type="checkbox"/> 普通食				
行動	<input type="checkbox"/> ① 寝ている <input type="checkbox"/> ② 首がすわっている <input type="checkbox"/> ③ 寝返りをする <input type="checkbox"/> ④ 座る <input type="checkbox"/> ⑤ ハイハイする <input type="checkbox"/> ⑥ つかまり立ち <input type="checkbox"/> ⑦ 伝い歩き <input type="checkbox"/> ⑧ ヨチヨチ歩き <input type="checkbox"/> ⑨ しっかり歩く				
睡眠	眠り方、眠くなる時間帯などあれば教えてください()				
排尿	<input type="checkbox"/> ① おむつ(<input type="checkbox"/> 排泄教える・ <input type="checkbox"/> 教えない) <input type="checkbox"/> ② 時々おもらし手助け必要 <input type="checkbox"/> ③ ひとりできる				
排便	<input type="checkbox"/> ① おむつ(<input type="checkbox"/> 排泄教える・ <input type="checkbox"/> 教えない) <input type="checkbox"/> ② 時々おもらし手助け必要 <input type="checkbox"/> ③ ひとりできる				
右記の中で予防接種がすすんでいるもの、既にかかっているものに✓をつけてください。		水痘	おたふくかぜ	ロタウイルス	今シーズンのインフルエンザ
	予防接種済	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既にかかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記のとおり、病児保育室の利用を申し込みます。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

令和 年 月 日

申し込み者名