

ふかざわ小児科・病児保育ルーム 利用申込書

ご利用日ごとにふかざわ小児科受付までご提出ください。

利用日 令和 年 月 日

お子様のお名前 (ひらがなで記名)	男 女	生年月日	H・R	年	月	日
					歳	ヵ月
園・小学校名		愛称				
住所(市町村名)	福岡市内 ・ 市外 ()	かかりつけ医		当院 ・ 他院 ()		
住所						
緊急連絡先名称 ※必ず3か所記載	①名前	続柄	電話番号			
	②名前	続柄	電話番号			
	③名前	続柄	電話番号			
昼食・おやつ	昼食 (提供 ・ 持参) ・ おやつ (提供 ・ 持参 ・ 不要) ※ミルクが必要な方 ミルク ml/回 (離乳食後 ml)					
アレルギー除去食	ない ・ ある ある場合 (食品名と程度)					
病名・症状	病名・症状 症状に○を記入 発熱 ℃ ・ 発疹 ・ 嘔吐 (回/日) ・ 下痢 (回/日) 咳 ・ 鼻汁 ・ 喘息発作 ・ そのほか ()					
服薬中の薬	ない ・ ある (当院 ・ 他院 / 薬の名前)					
服薬依頼	ない ・ ある (昼1回 ・ 2回 薬の名前) 日頃の服薬の仕方 ()					
発熱時の解熱剤の使用	当院の判断で使用可 (坐薬・錠剤) ・ 希望しない ※粉薬の方はお預けください 最終使用時間 (月 日 時) ・ 未使用 体重 kg					
熱性けいれん	ない ・ ある (回) 最終発作 (年 月)					
排泄	排尿 (自立 ・ 一部介助 ・ おむつ) 排便 (自立 ・ 一部介助 ・ おむつ)					
好きなこと・興味あるもの						寝かせつけ方
お子様の性格						お子様の発達や他のお子様との関わりについて配慮が必要な点など
お迎え	母親 ・ 父親 ・ その他 (お名前:)		続柄: ()		お迎えの時間 (時 分)	
病名 ()						ISL (+ ・ -)
						看護師サイン ()

上記のとおり、病児保育ルームを利用したいので申込みます。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

保護者署名