

もりのなかま 病児保育室 利用申込書

病後児保育室

株式会社 Lateral Kids  
 もりのなかま 病児保育室  
 病後児保育室 施設長 宛

年 月 日

申込者(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

\* 該当するものに☑をつけて下さい

ふりがな		登録 番号							
児童氏名									
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務のため <input type="checkbox"/> その他( )								
緊急連絡先  *必ず連絡が取れる 番号を記入して下さい	1	<input type="checkbox"/> 携 帯(続柄: ) <input type="checkbox"/> 勤務先( ) <input type="checkbox"/> 自宅							
		電話番号: ( )							
	2	<input type="checkbox"/> 携 帯(続柄: ) <input type="checkbox"/> 勤務先( ) <input type="checkbox"/> 自宅							
		電話番号: ( )							
ふりがな	お迎えに来られる方のお名前								
お迎え予定時刻	時 分    続柄: 父・母・( )								

診断名	病 名:								
	診断を受けた日:								
本日の症状  *昨日と比べた様子を ( )に○をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 発 熱 ( 改善 継続 悪化 )    最高( : °C)								
	<input type="checkbox"/> 吐き気 ( 改善 継続 悪化 )				<input type="checkbox"/> 下 痢 ( 改善 継続 悪化 )				
	<input type="checkbox"/> 鼻 水 ( 改善 継続 悪化 )				<input type="checkbox"/> 鼻づまり( 改善 継続 悪化 )				
	<input type="checkbox"/> せ き ( 改善 継続 悪化 )				<input type="checkbox"/> 喘 鳴 ( 改善 継続 悪化 )				
	<input type="checkbox"/> 腹 痛 ( 改善 継続 悪化 )				<input type="checkbox"/> その他 症状を詳しく記載して下さい ( )				
薬の使用について	<input type="checkbox"/> 解熱剤内服、座薬 ( : に使用) <input type="checkbox"/> けいれん止め ( : に使用)								
	<input type="checkbox"/> 吐き気止め内服、座薬 ( : に使用) <input type="checkbox"/> 吸入 ( : に使用)								
起床時間	: に起床 ( よく眠れた・何度か目が覚めた・全然眠れなかった )								
入室前の食事について *食べた内容や量を記入して下さい	: 頃に を食べた								
最後の排泄時間	尿( : )    便( : ) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ								
気になる事などがあれば ご記入下さい									