

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						
児童氏名			登録番号			
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)				
来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					
もりのなかま保育園在籍確認	<input type="checkbox"/> 在籍中 <input type="checkbox"/> 在籍していない				