

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または 通町ハピネス保育園在籍確認	<input type="checkbox"/> 在籍中				<input type="checkbox"/> 在籍していない				