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。

患者番号(No.　　)　本日の利用番号(No.　　)

利　用　日	平成　　年　　月　　日（　　曜日）	利 用 時 間	（　時　分）～（　時　分）		
お子様のお名前	ふりがな	保育園･幼稚園･小学校名	男	生年月日	年　月　日
			女	愛称	歳　ヵ月
他院からの利用依頼書	ある・ない　ある場合(医院名:　　／FAX番号　　－　　－　　)				
緊急連絡先名称 ※必ず2ヵ所記載	①　　電話番号 ②　　電話番号				
負 担 区 分	福岡市内の負担軽減対象者(生活保護世帯・市県民税非課税世帯・所得税非課税世帯)・市外自費				
昼食･おやつ	提供希望　(　昼食　・　おやつ　)・　持参　(　昼食　・　おやつ　) ※ミルク･離乳食が必要な方 ■ ミルク1回 (　　)cc　・　離乳食後 (　　)cc ■ 離乳食1日(　　)回　・　ペースト状 / あらつぶし / 固形物				

今回の病気について

病名は?　あるいは症状は?

症状があれば○を付けて下さい　　発熱　　℃　・　発疹　・　嘔吐(　　回／日)　・　下痢(　　回／日)

咳　・　鼻汁　・　喘息発作　・　そのほか(　　)

症状および服薬の経過

体重　　kg

注意してほしいこと

服薬中の薬	ある(当院　・　他院　／　薬の名前　　)　・　ない
服 薬 依 頼	ある(昼1回　・　2回　薬の名前　　)　・　ない
発熱時の解熱剤の使用	当院の判断で使用可　・　希望しない
熱性けいれん	ある(　　回)　・　ない
アレルギー除去食	ある　・　ない　　ある場合(食品名と程度:　　)

予防接種をすでに受けているものは回数を、すでに感染しているものには◎をつけてください。

水痘(　　回)　・　おたふくかぜ(　　回)　・　麻疹/風疹(　　回)　・　四種混合(　　回)

ヒブ(　　回)　・　肺炎球菌(　　回)　・　6ヵ月以内のインフルエンザ(　　回)　・　ロタ(　　回)

6ヵ月以内の感染

【インフルエンザ(　　型)･RSウイルス･ロタウイルス･ノロウイルス･そのほか(　　)】

お　迎　え	母親　・　父親　・　そのほか(お名前:　　続柄:　　)　お迎えの時間(　時　分)

看護師の指示　病名(　　)

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します。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

平成　　年　　月　　日　保護者名