

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わざ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	令和 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
住所 (市町村名)	福岡市内 ・ 市外 ()		かかりつけ医	当院 ・ 他院 ()	
緊急連絡先名称	① 電話番号				
※必ず3か所記載	② 電話番号				
	③ 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 がある場合 (食品名と程度)				
好きなおもちゃ	興味があるもの				
寝かせつけ方(癖)	お子様の特徴				
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 ()	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。

令和 年 月 日 保護者名