

# 保育室ご利用にあたって

※太枠線内をご記入ください。

登録児氏名		性別	生年月日		利用年月日			
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日生	年	月	日
氏名			歳	ヵ月		登録番号	—	
				保育園等名				
現在の症状	今回の病気の経過 月 日頃より発症 昨夜の熱( °C) 今朝の熱( °C) 嘔吐(あり・なし) 昨日の嘔吐( 回) 今朝の嘔吐( 回) 便の状態(あり[普通・軟便・泥状・水様: 回]・なし[ 日間]) <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他痛み( ) <input type="checkbox"/> 発疹(部位: ) <input type="checkbox"/> かゆみ(部位: ) <input type="checkbox"/> その他症状( )							
薬	<input type="checkbox"/> 今朝の内服薬 時間 : (名称: ) <input type="checkbox"/> 今朝の吸入 時間 : (名称: ) <input type="checkbox"/> 持参薬 内服薬(あり・なし) (名称: ) 外用薬(あり・なし) (名称: ) <input type="checkbox"/> 坐薬の最終使用時間 : (名称: )							
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い							
食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 今朝の食事時間 : (内容: )							
普段の生活 ※連続利用の場合 初回のみ記入	6時 _____ 12時 _____ 18時 _____							
昨夜の睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠っていた <input type="checkbox"/> あまり眠っていない <input type="checkbox"/> 殆ど眠っていない [就寝] : [起床] :							
心配な事など								
お迎え予定	氏名	続柄	時間	:	入室時間	:		
上記に相違なく報告し、病後児保育室の利用を申込みます。また、子どもの要態が急激に悪化した場合、医療機関での受診、治療、処置を行うことに同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____								

## 《 ご家庭で用意していただくもの 》

持ち物には必ずお名前をご記入ください。チェック欄を活用して、忘れ物のないようにご注意ください。

保護者 チェック	物品	数量	備考	職員 チェック
<input type="checkbox"/>	健康保険証		保育室の利用初日にお持ちください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	乳幼児医療証		"	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳(ハグルームのみ)		"	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	お薬手帳(ハグルームのみ) 又は薬剤情報提供書		"	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	大きめのビニール袋	2枚	汚れ物や使用済みオムツを入れます	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	着替え(楽な服装・パジャマ)	2組以上	下着を含む	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	紙オムツ・パンツ類・お尻拭タオル	5枚以上	下痢等ある時は多目に用意してください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	口拭きタオル(ハンドタオル)	2枚	食事の際に使用します	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	食事用エプロン	2枚	必要な方のみ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	主治医の処方薬	必要数量	1回分ずつ記名してお包みください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	昼食・おやつ		おやつは2回分お持ちください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	粉ミルク(必要な方のみ)		1回分ずつ記名してお包みください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	その他必要なもの		使い慣れているしゃぶりなど	<input type="checkbox"/>

受付担当者

お迎え時サイン	氏名	続柄	時間	:
---------	----	----	----	---