

# 病児デイケアルーム利用申込書（登録者用）

登録番号（NO.）

|   |  |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
|---|--|-----|--------|----------------------------|---------|-----|--|--|----|----|------|----|----|-----|--|--|--|--|-----------|---|--|--|--|--|--|--|----------|---|---|---|-----|---|----|----|----------------|--|--|--|-----|---|----|----|--|--|--|--|-----|---|----|----|--|--|--|--|----|-----------|--|--|------------|--|--|--|
| 名 前   | ふりがな   | 男   | 生年月日   | 年                          | 月       | 日   |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
|   | 愛称<br>( )  | 女   | 年齢     | 歳                          | ヵ月      |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 利用日時  | 令和 年 月 日   |     | 時 分 から | 時 分                        |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 通院病院名   | 電話番号 ( )-( )-( )   |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 保育園・幼稚園・小学校   | 電話番号 ( )-( )-( )   |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 連絡先   | 電話番号 ( )-( )-( )   |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
|   | 電話番号 ( )-( )-( )   |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 利用料区分   | 生活保護世帯 ・ 市県民税非課税世帯 ・ 所得税非課税世帯 ・ その他の世帯   |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| <p>今回の病気について<br/>あてはまるものすべてに をつけ、必要なところをご記入ください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black;">                 病名は _____<br/>                 医師に 受診している・受診していない<br/>                 投薬を 受けている・受けていない<br/>                 病児デイケアルーム利用依頼書等 ある・ない<br/>                 保育所等はいつから休んでいますか 月 日             </td> <td style="width: 50%;">                 現在の症状 _____<br/>                 発 熱 _____<br/>                 咳 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛<br/>                 喘息発作 発疹 とびひ めやに<br/>                 元気がない 食欲がない その他             </td> </tr> </table>   |  |     |        |                            |         |     | 病名は _____<br>医師に 受診している・受診していない<br>投薬を 受けている・受けていない<br>病児デイケアルーム利用依頼書等 ある・ない<br>保育所等はいつから休んでいますか 月 日 | 現在の症状 _____<br>発 熱 _____<br>咳 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛<br>喘息発作 発疹 とびひ めやに<br>元気がない 食欲がない その他 |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 病名は _____<br>医師に 受診している・受診していない<br>投薬を 受けている・受けていない<br>病児デイケアルーム利用依頼書等 ある・ない<br>保育所等はいつから休んでいますか 月 日  | 現在の症状 _____<br>発 熱 _____<br>咳 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛<br>喘息発作 発疹 とびひ めやに<br>元気がない 食欲がない その他 |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| <p>昨日からの症状・服薬について</p> <p>今朝の朝食 [食べていない , 食べた(内容 )]</p> <p>最後の排便 ( 日 時 )</p> <p>最後に内服を使った時間 ( 日 時 )</p> <p>最後に座薬を使った時間 ( 日 時 )</p> <p>その他お子様の様子について、詳しくご記入ください。</p>  |  |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| <p>入室中の食事と服薬について</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ミルク</td> <td style="width: 15%;">要</td> <td style="width: 15%;">不要</td> <td style="width: 15%;">持参</td> <td style="width: 15%;">飲ませ方</td> <td style="width: 15%;">1回</td> <td style="width: 15%;">ml</td> <td style="width: 15%;">回/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>最後に飲ませた時間</td> <td>時</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>こちらで飲む時間</td> <td>時</td> <td>時</td> <td>時</td> </tr> <tr> <td>離乳食</td> <td>要</td> <td>不要</td> <td>持参</td> <td colspan="4">食物アレルギー 無・有( )</td> </tr> <tr> <td>普通食</td> <td>要</td> <td>不要</td> <td>持参</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>おやつ</td> <td>要</td> <td>不要</td> <td>持参</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>服薬</td> <td colspan="3">要 ( 時 時 )</td> <td colspan="4">不要(薬の飲ませ方)</td> </tr> </table> |  |     |        |                            |         |     | ミルク  | 要  | 不要 | 持参 | 飲ませ方 | 1回 | ml | 回/日 |  |  |  |  | 最後に飲ませた時間 | 時 |  |  |  |  |  |  | こちらで飲む時間 | 時 | 時 | 時 | 離乳食 | 要 | 不要 | 持参 | 食物アレルギー 無・有( ) |  |  |  | 普通食 | 要 | 不要 | 持参 |  |  |  |  | おやつ | 要 | 不要 | 持参 |  |  |  |  | 服薬 | 要 ( 時 時 ) |  |  | 不要(薬の飲ませ方) |  |  |  |
| ミルク   | 要  | 不要  | 持参     | 飲ませ方                       | 1回      | ml  | 回/日  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
|   |  |     |        | 最後に飲ませた時間                  | 時       |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
|   |  |     |        | こちらで飲む時間                   | 時       | 時   | 時  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 離乳食   | 要  | 不要  | 持参     | 食物アレルギー 無・有( )             |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 普通食   | 要  | 不要  | 持参     |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| おやつ   | 要  | 不要  | 持参     |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 服薬  | 要 ( 時 時 )  |     |        | 不要(薬の飲ませ方)                 |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 排 便   | ひとりでできる  | 手助け | おむつ    | 排 尿                        | ひとりでできる | 手助け | おむつ  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| お迎えに来られる方は 母親 父親 その他(お名前 続柄 )<br>保護者以外の方で前もってお名前、続柄がわからない場合(ファミリーサポートセンターの方等)は、身分を証明するものをご提示下さい。  |  |     |        |                            |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |
| 予防接種がすでにしているものに を、すでに罹患したものに をつけてください。  |  |     |        | 水痘 おたふくかぜ 麻疹・風疹(MR) ロタウィルス |         |     |  |  |    |    |      |    |    |     |  |  |  |  |           |   |  |  |  |  |  |  |          |   |   |   |     |   |    |    |                |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |     |   |    |    |  |  |  |  |    |           |  |  |            |  |  |  |

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、申し込みます。  
 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

病児デイケアルーム井尻 様