

まどかチャイルドケアセンター受付票

		利用日		R	年	月	日
お子様の氏名				男 ・ 女		歳	体重 kg
現住所	小郡市 筑紫野市 筑前町 大刀洗町 その他()			住所変更		なし ・ あり→	
病児保育ナビ、登録申請書の書き換えをお願いします							
登所時間 (施設側記入)		お迎え時間		お迎え (登録書に記載のないかたは、お名前もご記入ください。)			
:		:		父親 母親 祖父 祖母 その他 氏名			
お預かり中の連絡先		①父親 母親 祖父 祖母 職場 その他() TEL					
		②父親 母親 祖父 祖母 職場 その他() TEL					
体温		朝食	水分	排尿	最終排便	様子	昨夜の睡眠
昨夜	今朝	多・普・少	摂れる	今朝 時頃	月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 機嫌が悪い <input type="checkbox"/> その他 ()	就寝 時頃
℃	℃	なし	摂れない	なし	普・軟・下痢		起床 時頃
解熱剤使用		なし ・ あり【最後に解熱剤を投薬した日時】		月	日	時	分(熱 ℃)
熱性けいれん		なし ・ あり		アレルギー なし ・ あり (アレルゲン:)			
症状について ○をつけてください。		熱 ・ 倦怠感 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 発疹 ・ その他					
持参品	<input type="checkbox"/> 飲み物 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 着替え(肌着 パンツ 上衣 ズボン) <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 食事エプロン <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> おしりふき <input type="checkbox"/> ビニール袋 <input type="checkbox"/> ミルク・哺乳瓶						
ミルク (こちらで飲む時間と量)	①	時	cc	②	時	cc	③
お預かりに際しての注意、連絡事項							

昼の内服薬・解熱剤・その他の薬を持参された方はご記入ください

小郡市病児保育事業服薬依頼書

保護者に代わって服薬をお願いします。

受領者(施設側)

昼の内服	①【薬名】	【朝この薬を飲んだ時間】	【内服方法】
	時 分		水に溶かす ・ そのまま内服 その他()
	【服薬時間】	食前 食後 時 分	【処方】
	【薬の種類】	抗生物質 ・ 咳止め ・ 鼻水 ・ 吐き気止め ・ 整腸剤 ・ その他()	
解熱剤	②【薬名】	【朝この薬を飲んだ時間】	【内服方法】
	時 分		水に溶かす ・ そのまま内服 その他()
	【服薬時間】	食前 食後 時 分	【処方】
	【薬の種類】	抗生物質 ・ 咳止め ・ 鼻水 ・ 吐き気止め ・ 整腸剤 ・ その他()	
解熱剤	【薬名】	【種類】	
	【使用時】	坐薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 水薬	
	・体温 ℃以上で使用する。		
	・体温 ℃以上でも、様子を見て使用する。		
その他	【薬名】	【種類】	
	【薬の種類】	坐薬 ・ 塗布薬 ・ 貼付薬 ・ 点眼 ・ その他()	
	【使用方法】		

※服薬ゼリー等が必要な方はご持参下さい。

お預かり中について

体調が悪化し、お預かりが難しくなった場合は、基本、お迎えに来て頂く事になります。

緊急な対応が必要な場合は、まどかファミリークリニック医師の診察となりますので、よろしければ承諾をお願いします。

診察、投薬を承諾します。

【保護者サイン: _____】