

病児保育ぬくもり ③【申請書】

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

緊急連絡先 _____

お子様の 氏名		生年 月日	H・R	年	月	日	性別	男・女
				歳	ヶ月			
利用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日 () 日間							
ぬくもりを 利用する理由	就労・その他 ()							
体温	時 分 (℃)							
現在の症状 (☑をつける)	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ()							
お迎えの時間	時 分ごろ	お迎えの方	父・母・その他 ()					
家庭からの 連絡事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
服用の有無	有 ・ 無		病名					
医療機関名								
種類	粉薬	包	水薬	(目盛り) 常温・冷蔵				
	塗薬		点眼薬					
	頓服薬		座薬					
時間	食前 食後		その他 ()					
施設記入欄	投与者氏名		服用時間	時	分			