様式第２号

延岡共立病院・病児・病後児保育事業利用申込書

　　年　　　月　　　日

医療法人伸和会

延岡共立病院　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者　住　所

氏　名 　　　　　　　 　　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　℡

**疾病にかかっており家庭での保育が困難なため、延岡共立病院・病児・病後児保育事業の利用を申し込みます**。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童　　　　　　　　　　　　　　　　男  　　　　　　　　　　　　　　　女 | | （　　　才　　　ヶ月）  　　　年　　　月　　　日生 | | |
| 利用期間  令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | 今日の体温（　　　　℃）  平　熱（　　　　℃） |
| 保護者が家庭で保育できない理由  ・勤務の都合　・疾病　・事故　・出産　・冠婚葬祭　・その他（　　　　　　　） | | | | |
| 医療機関を | ・受診済　　・未受診  （医療機関名：　　　　　　　　　　　）  （傷病名：　　　　　　　　　　　　　） | | 入所保育園、幼稚園、認定こども園、小学校等 | |
| 症　状 | ・発熱　・発疹　・咳　・鼻水　・のどの痛み　・めやに　・頭痛　・ケイレン  ・腹痛　・下痢　・吐き気　・食欲低下　・その他（　　　　　　　　　） | | | |
| アレルギーの有・無　その他の心配ごと（注意事項）＊㊟ | | | | |

　＊㊟１．食事状況（授乳時間及び回数、離乳の状況、アトピー等による食事制限等）食物アレルギー（ミルク、卵、鶏肉、そば、大豆等）

　　　　２．健康状態（既往症、出生時の状況、体質等）

　　　　３．投薬等その他の必要事項

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急連絡先 | １．　　　　　　　　　　　　　　　　℡： |
| ２．　　　　　　　　　　　　　　　　℡： |

**お薬依頼書**

◎薬剤情報提供書または、お薬手帳の控えの通り保護者に代わって与薬をお願い致します。

＊次のご質問にお答えください。（お薬服用の大切な情報です。できるだけ正確にご記入下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| ご自宅でお薬を飲ませましたか？ | ・飲ませた⇒最後に飲んだ時間　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分頃 |
| ・飲ませていない |
| 頓服薬はご使用されましたか？ | ・使用した⇒最後に使用した時間　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分頃 |
| ・使用していない　　　（　熱さまし・痛み止め・咳止め・痙攣予防・その他　） |