

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

(印)

TEL

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 ふりがな 氏名	男 女	(才 ケ月) 年 月 日生
利用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	今日の体温 (°C) 平熱 (°C)	
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 その他心配ごと (注意事項) *注		

*① 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、体质等)

3. 投薬等その他の必要事項

緊急連絡先	1.	TEL :
	2.	TEL :

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。

*次のご回答ください。(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)	