

# 病児保育利用申込書

令和 年 月 日 ( )

ふりがな			
氏名		男・女	生年月日 年 月 日生 才 ヶ月
保護者名		お迎え の時間	時 分ごろ _____ が

主な症状に○をおつけください。

頭痛 発熱 ( °C) 咳 痰 (たん) 鼻水 咽頭痛 喘鳴

腹痛 吐き気 嘔吐 下痢

発疹 湿疹

その他病名が分かっている場合具体的にお書きください。

いつからこの症状が始まりましたか？経過をお書きください。

昨日から今朝の症状についてお書きください。

薬を服用した時間 時 分

昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか？[使用した・使用していない]

使用した場合 °C 時使用

薬や注射で副作用があったことがありますか？[有・無] 有の場合具体的に書いてください。

砂川小児科にて診察時、処方追加、変更等がある場合がありますのでご承諾ください。

○承諾します。 ※承諾いただけない場合は利用をお断りすることがありますのでご了承ください。

薬は何が飲めますか？[水剤（シロップ）・粉薬・錠剤・カプセル]

飲ませ方：[そのまま・水に溶く・( )に混ぜる・その他（具体的に） \_\_\_\_\_]

病名：

感冒 感冒様症候群 咽頭炎 扁桃腺炎 気管支炎 喘息 喘息様気管支炎 消化不良

感冒性嘔吐症 嘔吐下痢症 中耳炎 外耳炎 結膜炎 とびひ 突発性発疹症 溶連菌感染症

手足口病 りんご病（伝染性紅斑） はしか おたふくかぜ 水ぼうそう 百日咳 風疹

肺炎 ヘルパンギーナ 咽頭結膜熱 インフルエンザA・B RSウイルス感染症

その他[ \_\_\_\_\_ ]