

ベビートットセンター 利用申込書

名前	ふりがな	男	生年月日	H	年	月	日
	愛称 ()	女	年齢	才	ヶ月	体重	Kg
利用日	H	年	月	日	園・学校名		
かかりつけ病院名			保育園等はいつから休んでますか			月	日
本日の緊急連絡先	①名前 (続柄)			②名前 (続柄)			
	携帯・その他連絡先名 () Tel () - -			携帯・その他連絡先名 () Tel () - -			
今回の病気について、あてはまるものすべてに○をつけ、必要なところをご記入ください。							
医師に 受診している (病院名:) (病名:)		現在の症状 発熱 °C 咳 鼻水					
受診していない		嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 食欲がない					
投薬を 受けている・受けていない		喘息発作 発疹 とびひ めやに					
当院で処方希望する・希望しない		その他 ()					
〔 解熱剤・オムツかぶれ・その他 () 〕							
症状や服薬の様子について詳しくご記入ください。							
朝の薬 無・有 (飲んだ時間: 時 分)							
昼の薬 無・持参		外用薬 無・持参					
解熱剤 無・持参 (個)		最終使用時刻: 時 分					
熱性けいれん 無・有		計 回・最終 歳 ヶ月					
		↳ ダイヤアップ 使用しない・ °Cで、使用する (1回目・2回目)					
昨夜寝た時間 時 分		眠れた・眠れない (理由:)					
今朝の朝食 食べた		内容:					
食べてない		理由: 食欲がない・時間がない・その他 ()					
ミルク 1回量 cc		こちらで飲む時間 時 時 時					
昼食 持参・提供		(8時半～おやつ・11時～昼食・15時～おやつです。)					
アレルギー 無・有		(食事制限内容:)					
最終排尿 日前 (朝・昼・夕・就寝前)		(ひとりで出来る・手助け・オムツ)					
最終排便 日前 (朝・昼・夕・就寝前)		(ひとりで出来る・手助け・オムツ)					
		(普通便・軟便・下痢→ 色)					
お迎え 時 分		(お名前 続柄)					
☆ 親族以外の方がお迎えに来られる場合(ファミリーサポートセンターの方等)は、身分証明書をご提示ください。							
予防接種がすすんでいる→○		水痘 おたふく 麻疹 風疹 三種混合 or 四種混合					
かかったことがある→◎							
お子様について、保育室で特に気をつけてもらいたい事など、何でもお書きください。							