

ベビートットセンター 利用申込書

| | | | | | | |
|---|--|--|----------|---|----|-------------|
| 名前 | <small>ふりがな</small> ----- <small>愛称</small> () | 男 | 生年月日 H・R | 年 | 月 | 日 |
| | | 女 | 年齢 | 才 | ヶ月 | 体重 Kg |
| 利用日 | R 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いますか | | | 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:) | | | | | |
| | 受診していない | 現在の症状 発熱 °C 咳 鼻水 | | | | |
| 投薬を | 受けている・受けていない | 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 食欲がない | | | | |
| 当院で処方 | 希望する・希望しない | 喘息発作 発疹 とびひ めやに | | | | |
| | (解熱剤・オムツかぶれ・その他()) | その他 () | | | | |
| | (座薬・粉・錠剤) | いつから、どのような症状か、<u>詳しく</u>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 () | 最終吸入時刻: 時 分 | | | | |
| 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) | ↳ <input type="checkbox"/> ダイヤップ 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 (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) | | | | | |
| お預かりは17時30分までです。 ☆ 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 → ◎ | | | | | | |
| お子様の成長・発達について配慮が必要な点などあればお書きください。 | | | | | | 利 時 時 |