

(表:病児保育利用申込書 / 裏:病児保育 連絡票 兼 与薬依頼書)

はらまちスマイルクリニック 病児保育室「にこにこ」宛

(表)病児保育利用申込書

※注意点:本申込書を使用して病児保育を連続利用する場合、連続4日目には再度医療機関を受診し、利用申込書を記載してもらってください。

※ご家族の記載欄(太枠内)

利用者氏名(お子さん): (ふりがな)	生年月日:平成・令和・西暦 年 月 日生
利用者の保護者氏名:	保護者からみた利用者の続柄:
利用者住所:(南相馬市 区 / 市・郡 町 ※選択)	
利用者の保護者緊急連絡先 ※2か所以上の記載をお願いします。	
①携帯電話(所有者名:)	電話番号:
②連絡先 ()	電話番号:
③連絡先 ()	電話番号:
はらまちスマイルクリニック・受診歴: 無 ・ 有 (診察券番号:)	

※かかりつけ医療機関・担当医先生の記載欄

本書類の記載日: 年 月 日	医療機関の最終受診日: 年 月 日
病名/診断名 等:	
投薬・治療内容: ※処方箋コピーの貼付等でも構いません。 (例:ムコダイン 1g 分3 毎食前 左下腿骨折・ギブス固定)	
保育中の注意点 等:	

(裏)病児保育 連絡票 兼 与薬依頼書

日付: 年 月 日

ふりがな 愛称 年齢
利用者氏名 () 歳 か月

※あらかじめ、**太枠内**を記載して、持参してください。

家庭での様子			病児保育室での様子 ※クリニックスタッフ記載			
体温	前夜 ℃	当日朝 ℃	体温	: ℃	: ℃	: ℃
食事	朝食時間 :	食欲 有・無	おやつ	:	:	
症状			昼食			
睡眠	: ~ :		ミルク			
機嫌	良い・普通・悪い		内服			
咳	有・無		睡眠			
鼻水	有・無			午前	午後	
嘔吐	有・無		咳	有・無	有・無	
排便	有・無 (下痢 回)		鼻水	有・無	有・無	
その他			嘔吐	有・無	有・無	
お迎え 時間	: 頃		排便	有・無	有・無	
お迎え	父・母・他()					

与薬依頼書 ≪※保育中に与薬がある場合には記載してください≫

お薬の名前	与薬時間・タイミング	与薬方法
	昼食前・昼食後 その他()	内服・坐剤 その他()
	昼食前・昼食後 その他()	内服・坐剤 その他()

備考

<スタッフ使用欄>連続使用(初日・ 日目)⇒「4日目」の場合、「病児保育利用申込書」をお渡しする。

※スタッフの確認事項: ご帰宅時 ①本用紙をコピーする ②「原本」をご家族にお渡す。