

まどかチャイルドケアセンター受付票

利用日: R 年 月 日

お子様の氏名			H・R 年 月 日 生まれ		
	歳		体重: kg		
登所時間 (施設側記入)	予定の降所時間	お迎え (登録書に記載のない方は、お名前もご記入ください。)			
:	:	父親 母親 祖父 祖母 その他 氏名 ()			
今朝の体温 ℃	朝食摂取 有・無	水分摂取 有・無	昨日の排便 普・軟・下痢・無	今朝の排便 普・軟・下痢・無	嘔吐 有・無
お預かり中の連絡先	父親 母親 祖父 祖母 その他 () ①TEL				
	父親 母親 祖父 祖母 その他 () ②TEL				
アレルギーについて			熱性けいれんについて		
・食物アレルギー 有・無 (種類:)			・熱性けいれんを起こしたことがある 有・無		
・薬アレルギー 有・無 (種類:)			・30分以上続くけいれんがある 有・無		
・アナフィラキシー 有・無 (種類:)			・抗けいれん薬を使用したことがある 有・無		
ミルク(こちらで飲ませる時間)		時 時 時		(量) CC	
症状について気になる事があればご記入下さい					
翌日利用希望	有・無	(翌日利用予定時間)	登所:	降所:	

小郡市病児保育事業与薬依頼書

保護者に代わって与薬をお願いします。 受領者(施設側)

屋の投薬	①【薬名】 ()	
	【内服時間】 (食前・食後)	【処方】 (1回錠包ml)
	【薬の種類】 抗生物質・咳止め・鼻水・吐き気止め・その他 ()	
	【内服方法】 (水に溶かす・そのまま内服できる・その他:) ※内服に必要なものを持参下さい。	
有・無	②【薬名】 ()	
	【内服時間】 (食前・食後)	【処方】 (1回錠包ml)
	【薬の種類】 抗生物質・咳止め・鼻水・吐き気止め・その他 ()	
	【内服方法】 (水に溶かす・そのまま内服できる・その他:) ※内服に必要なものを持参下さい。	
解熱剤	【薬名】 ()	
	【種類】 坐薬・粉薬・錠剤	
	【最後に解熱剤を投薬した日時】 月 日 時 分 ℃	
	有・無	【使用時】
・体温 ℃以上で使用する。 ・体温 ℃以上でも、様子を見て使用する。		

お預かり中について

体調が悪化し、お預かりが難しくなった場合は、基本、お迎えに来て頂く事になります。
緊急な対応が必要な場合は、まどかファミリークリニック医師の診察となりますので、よろしければ承諾をお願いします。
診察、投薬を承諾します。 【保護者サイン: 】