

まどかチャイルドケアセンター受付票

利用日： 年 月 日 ()

お子様の名前	ふりがな		年 月 日 生まれ		
	歳	ヶ月	体重：	kg	
登所時間 (施設側記入)	予定の降所時間		お迎えに来られる方		(TEL)
:	:	ふりがな (名前)	(続柄)		
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
※日中つながる	ふりがな (氏名)		(続柄)	(TEL)	
緊急連絡先	(氏名)		(続柄)	(TEL)	
② アレルギーについて詳しくご記入下さい			③ 熱性けいれんについてご記入下さい		
・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を起こしたことがある		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	
④ お預かり中に診察が必要となった場合 (体調悪化等) について下記の希望する病院に✓して下さい					
<input type="checkbox"/> かかりつけ病院受診 (保護者お迎え)					
<input type="checkbox"/> まどかファミリークリニック受診 (保育士付き添い)					
※処方された場合、必要に応じて投薬をお願いします。【保護者サイン: _____】					
⑤ ミルク (こちらで飲ませる回数)	回	(時間)	時 /	時	(量) CC
⑥ 症状について気になる事があればご記入下さい					
⑦ 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。

依頼者氏名:

続柄:

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。

受領者: