

たんすいケアるーむ預かり申込書

令和 年 月 日 ()

★【在園児】【一般】利用の方は太枠の中を記入してください★

所属団体名	お子様のなまえ	男 ・ 女	生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)
幼稚園・保育園・familia 保育園 WAY ルーム・その他()			
利用日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分 お迎えに来られる保護者:		
保護者氏名	ふりがな	電話番号	

★ 現状について ★ ~あてはまるものに○をつけて下さい。~

咳 喘息発作 鼻水 鼻づまり めやに 目の充血
 発熱 °C (いつから: 月 日 ~)
 熱性けいれん なし・あり (最終発作: 年 月 日 歳ごろ)
 解熱剤使用 なし・あり (最終使用時間: 時 分)
 嘔吐回数: 回/日 (いつから: 月 日)
 排便回数 回/日 (最終排便: 月 日)
 便の性状 普通・軟・泥状・水様 (いつから: 月 日)
 食欲 なし・あり
 活気 なし・あり
 睡眠時間 (時 分 ~ 時 分)
 発疹 (部位:)
 その他 ()

★ 食事と服用について ★ ※ケアるーむでの薬の預かりが必要な場合は、投薬依頼書が別途あります。

ミルク あり・なし (ミルクの量 cc/回 回/日) ※在園児のみ
 食事形態 離乳食 (初期・中期・後期)・普通食・お弁当
 食事量 完食・半分・少し・食べていない (朝食:)
 おやつ持参 あり・なし
 アレルギー あり・なし
 服薬 あり・なし (回数: 回/日 最終投薬時間: 時 分)
 その他 ()

★【一般】利用の方は病院受診時に記入してもらってください★

たんすいケアるーむ医師連絡票

令和 年 月 日

病名および症状

医療機関 名称
 所在地
 電話
 担当医