

病児保育室 利用申込書

年 月 日

(あて先) 医聖会 京都八幡病院 病児保育室たんぽぽ 様

美杉会 男山病院 男山病児保育室 様

(今回利用する施設にチェックを入れてください。)

申請者 住 所
氏 名 印
連絡先 () -

下記のとおり、病児保育室の利用を希望します。

ふりがな		男 ・ 女
対象児童氏名		年 月 日生まれ (歳)
通園施設名	() 保育園・幼稚園・こども園・小学校・その他 ()	
利用理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用予定期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)	
処方されているお薬	<input type="checkbox"/> 粉薬 【 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他 】 (種類) <input type="checkbox"/> 水薬 【 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他 】 (種類) <input type="checkbox"/> 頓服 【 解熱 ・ 咳止め ・ 吐き気止め ・ その他 () 】 <input type="checkbox"/> 座薬 _____℃以上で _____mg を _____ 個使用してほしい <input type="checkbox"/> 外用薬 【 塗り薬 ・ 点眼薬 ・ 点耳薬 ・ 点鼻薬 ・ その他 】 使用目的 () 使用時間 ()	

前回利用時から変更があるものにチェックを入れてください。

変更なし

かかった病気	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 百日咳	
受けた予防接種	<input type="checkbox"/> 三種混合 (1回・2回・3回・追加) <input type="checkbox"/> 四種混合 (1回・2回・3回・追加) <input type="checkbox"/> 生ポリオ (1回・2回・3回・追加) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1回・2回・3回・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR (1回・2回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> インフルエンザ (平成 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他 ()	
アレルギー	食物	具体的に () 食事制限の程度 ()
	その他 (薬物アレルギー等)	
常用している薬		