

病児保育リトル・ワイキキ ③【申請書】

令和 年 月 日

保護者氏名

緊急連絡先

お子様の 氏名	生年 月日	H・R 年 月 日		性 別	男 女
		歳 ヶ月			
利用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日 () 日間				
リトル・ワイキキ 利用する理由	就 労 ・ その他 ()				
体 温	時 分 (°C)				
現在の症状 (☑をつける)	<input type="checkbox"/> 発 熱 <input type="checkbox"/> 発 疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻 水 <input type="checkbox"/> 腹 痛 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 下 痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭 痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他()				
お迎え時間	時 分ごろ	お迎えの方			
家庭からの 連絡事項					
服用の有無	有 ・ 無		病 名		
医療機関名					
種 類	粉 薬	()包	水 薬	(目盛り)	常温・冷蔵
	塗り薬		点眼薬		
	頓服薬		座 薬		
時 間	食 前 食 後		その他()		
施設記入欄	投与者名		服用時間	時 分	