




【病児保育あおやま利用申込書】

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	生年 月日	平成・令和 年 月 日 (歳 カ月) 男・女	ID (スタッフ記入欄)
1. 本日病児を利用したい理由の番号に○をつけ、()内は本日当てはまる症状に○をつけて下さい			
1) 保育園・小学校のルールで登園できない(発熱・咳・下痢・解熱したが24時間登園不可) 2) まだ健康に不安がある為、集団生活を送る上で保育園・小学校に登園させるには不安がある 3) 感染症で出席停止なため(インフルエンザ・コロナ・水疱瘡・その他()) 4) その他()			来院時体温 °C
2. 病児保育あおやまを知ったきっかけを教えてください ※前回記入して頂いた方は空白で構いません			
1. 岡山市のHP 2. 当院のHP 3. 当院のパンフレット 4. 友人・知人から聞いた 5. その他()			
3. アレルギー (ある・ない)	食物アレルギーの種類を記入して下さい ()		(給食・離乳食・持参) 7・9・12
4. 本日持参の薬(ある・ない) 現在継続中の薬(ある・ない)	ある方は本日昼分の薬のみ名前を記入して看護師に渡して下さい お昼に飲む薬を院内で処方された場合、その旨を保育士に伝えて下さい		持参薬 (ある・ない) 院内処方 (ある・ない)
5. ミルク (飲む・飲まない)		ミルクの時間をご記入下さい。持参がある方は、○をつけて下さい ・ミルクを持参している/哺乳瓶を持参している ・(:) (:) (:) に() cc飲ませてほしい	ミルク(飲む・飲まない) 持参がある (ミルク・哺乳瓶・なし)
6. 熱性痙攣・てんかん (ある・ない)	ダイアップの予防投与をされている方は、ご記入下さい (°C以上になったら、 mg 使用) ※緊急時の薬剤の使用は当院医師の判断に任せて頂きます		ダイアップ(ある・ない) 解熱剤の使用(ある・ない) ある→(:)
おむつについて	※お預り中に持参されたおむつがなくなった場合、クリニックのおむつ(5枚100円)を使用させていただきます		おむつがたりなくなった場合 5枚100円で購入(説明・済)
7. 発達についての心配事や配慮してほしい事等あればご記入下さい ()			委任状(必要・不要)
8. お迎えと緊急連絡先について (変更になる場合は必ずお電話をお願いします)			
迎え予定時間(:) 氏名() 続柄() 連絡先(- -) 上記以外の方でお迎えの可能性のある方がおられましたら□に✓を入れて下さい			
① 氏名() 続柄() 連絡先(- -) <input type="checkbox"/> ② 氏名() 続柄() 連絡先(- -) <input type="checkbox"/> ③ 氏名() 続柄() 連絡先(- -) <input type="checkbox"/>			
※連絡なく上記の方以外がお迎えに来られた場合はお子様の安全上お引渡しできません			
9. 減額対象者に該当しますか?(はい ・ いいえ) ※詳しくは岡山市病児保育事業の裏面をご覧ください			

医師記入欄			
1. 気道感染症	4. 中耳炎	7. 水痘	
2. 喘息発作	5. 溶連菌感染症	8. インフルエンザ(A型・B型)	
3. 胃腸炎	6. 外傷・術後	9. その他()	
院内処方(あり・なし) 整腸剤 咳・痰 解熱剤 抗生剤 その他()		医師名 青山 山田 水内 大月 後藤 浦山 川口 岩村 土屋	
メモ:			