



山田病院 乳幼児健康支援一時預かり事業

利用申込書

平成

年

月

日



|                    |                                |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
|--------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------|------------|-------|-------------|---|---|---|---|
| (ふりがな)<br>お子さまのお名前 |                                | 男・女                | 生年月日                | H          | 年     | 月           | 日 |   |   |   |
| 保育所など名称            |                                | 保育所(園)・幼稚園・幼児園・小学校 |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 住所                 |                                |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 依頼者名               |                                | 続柄                 |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 緊急連絡先              |                                | ①氏名<br>②氏名         |                     | TEL<br>TEL |       |             |   |   |   |   |
| 病名・症状              |                                |                    |                     |            |       | 発症日<br>(推定) | H | 年 | 月 | 日 |
| 機嫌                 | 普通・やや不良・不良                     | 活気                 | 普通・ごろごろ・ぐったり        |            |       |             |   |   |   |   |
| 体温                 | 昨夜： 時 °C                       | 今朝： 時 °C           | 最高： 時 °C            |            |       |             |   |   |   |   |
| 食欲                 | 普通・やや不良・不良                     | 屯用                 | 無・有 解熱剤・吐き気止め(最終 時) |            |       |             |   |   |   |   |
| 下痢                 | 無・有 ( 回：色 )                    | 嘔吐                 | 無・有 ( 回 )           |            |       |             |   |   |   |   |
| 咳                  | 無・少々・多い                        | 鼻症状                | 鼻汁：無・少々・多い／鼻づまり：無・有 |            |       |             |   |   |   |   |
| 喘鳴                 | 無・有 (気管支拡張テープ使用：無・有)           | 尿量                 | 普通・やや少ない・無          |            |       |             |   |   |   |   |
| 薬                  | いつも飲んでいる薬(塗り薬も含む)： 無・有 種類：     |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 熱性けいれん             | 無・有 最終： 年 月 日 °Cで の種類の坐薬を入れている |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 普段の様子              |                                |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| ミルク                | 1回 cc ( 時 時 時 )                |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 食事量                | 少ない・普通・多い                      |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 排便                 | 回 / 日 (性状： 硬い・普通・軟らかい)         |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 食べ物アレルギー           | 無・有 (食品名： )                    |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| お迎えの時間             | 時                              | 分頃                 | どなたのお迎え             |            |       |             |   |   |   |   |
| 家庭で看護できない理由(番号に○)  | ①勤務                            |                    | ④事故                 |            | ⑤冠婚葬祭 |             |   |   |   |   |
|                    | ②病気                            |                    | ⑥その他(               |            |       |             |   |   |   |   |
|                    | ③出産                            |                    |                     |            |       |             |   |   |   |   |
| 利用日                | 月/日                            | /                  | /                   | /          | /     | /           | / | / | / |   |

※ 生活保護法による被保護世帯または市民税非課税世帯ですか・・・ (いいえ・被・非)  
 ※ 3人以上の多子世帯の場合…利用されるお子様は何番目のお子様ですか (番目)  
 ※ 利用申込書に係る個人情報を、岐阜市及び利用施設に提供することに同意します。

保護者氏名 (