



山田病院 乳幼児健康支援一時預かり事業  
利用申込書



ふりがな		利用日	R	年	月	日
利用児名		男 女	第	子	年	月 日生 歳 ヶ月
住所	市 郡					
所属名	保育所（園）・幼稚園・幼児園・子ども園・小学校					
保護者名					続柄	
緊急 連絡先	①Tel	—	—	(連絡先名：)		
	②Tel	—	—	(連絡先名：)		



病名				発症日	R	年	月	日
機嫌	普通 ・ やや不良 ・ 不良			活気	普通 ・ やや不良 ・ 不良			
体温	昨夜： . °C 時頃 今朝： . °C 時頃			坐薬 頓服	持っていない・持っている（解熱剤・吐き気止） 使用無・有：最終 月 日 時頃			
咳	無 ・ 少々 ・ 多い			鼻水	無 ・ 少々 ・ 多い			
喘鳴	無・有（気管支拡張テープ：無・有）			尿量	普通 ・ やや少ない ・ 少ない			
嘔吐	無・有（最終 時/ 回）			最終 排便	____月 ____日 ____時頃 普通・硬め・軟便・水様（ 回 色）			
睡眠	前日就寝： 時 ~当日起床： 時（約 時間） ・ 眠れていない							
食欲	有・やや不良・無	水分	普通・やや不良・不良	朝食	食べない ・ 食べた (内容： )			
朝のお薬	内服時間： 時 ・ 内服無し			内服のタイミング	朝 ・ 昼 ・ 夕			
お迎え時間	時 分 どなたのお迎え（ )				利用児の体重	kg		

🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 普段の様子 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵 🍵

食事量	少ない・普通・多い	ミルク	1回	ccを	時	時	時
アレルギー	無 ・ 有 [食品名： / 薬品名： ]						
熱性けいれん	無 ・ 有 ____回 最終： ____歳 ____年 ____月 (体温 °C) けいれん時の薬： 無 ・ 有 (お薬の名前： )						
病歴	喘息・その他[ ] いつも飲んでいる薬（塗り薬含む）：無 ・ 有 [ ]						
利用理由	勤務 ・ 病気 ・ 出産 ・ 冠婚葬祭 ・ その他( )						
利用日	月/日： / / / / / / /						
岐阜市 在住の方へ	1)生活保護による被保護世帯または市民非課税世帯ですか (いいえ ・ 被保 ・ 非課) 2)18歳未満で3人以上の多子世帯ですか ( いいえ ・ はい 番目 )						

\* 利用申込書に係る個人情報をご提供することにご同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_