



山田病院 乳幼児健康支援一時預かり事業  
病児・病後児保育園ミッキー 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 歳	月 ヶ月	日 日	生まれ 体重： kg
住所	市 郡							
所属名	保育所（園） ・ 幼稚園 ・ 幼児園 託児所 ・ 認定子ども園 ・ 小学校							
保護者名			続柄					
緊急 連絡先	① TEL	—	—	(連絡先名： )				
	② TEL	—	—	(連絡先名： )				

発症日	月	日	本日昼の投薬依頼がある場合は 太枠内を記入してください						
診断名									
体温	昨夜	℃	時	薬の種類	<input type="checkbox"/> 風邪薬				
	今朝	℃	時		<input type="checkbox"/> 抗生剤				
解熱剤の使用	無 ・ 有	(最終	/		時	分)	<input type="checkbox"/> 整腸剤		
吐き気止め 下痢止めなど	無 ・ 有	(最終	/		時	分)	<input type="checkbox"/> 他 ( )		
咳	無 ・ 少々 ・ 多い		内服数		1包 ・ 2包 ・ 3包 ・ 水薬				
鼻水	無 ・ 少々 ・ 多い		投薬時間		食前 ・ 食後				
嘔吐	無 ・ 有	(最終	/	時	分)	時間指定の場合：			
排便	最終排便		月	日	時	飲み方			
	普通 ・ 硬め ・ 軟便 ・ 水様					<input type="checkbox"/> 口に直接			
朝食	食べた ・ 少し食べた ・ 食べなかった		点眼薬		右 ・ 左 ・ 両方				
朝の内服	時	分	塗り薬		1種類 ・ 2種類				
お迎え時間	時	分	部位：		※園内記入欄 薬を受け取った人：				
アレルギー	無 ・ 有	[ ]							
熱性けいれん	無 ・ 有	[最終： 歳 ヶ月 (体温 °Cでけいれんした)		けいれん時の薬： 無 ・ 有 (薬剤名： ) ]					
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 ・ 被保護 ・ 非課税 ) 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 )								

※利用開始1日目に限り利用申込書に記載頂いた内容は職員が別紙の保育記録に転記させていただきます。