

病児病後児保育リンドの家 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							
リンドの家を利用する理由	就 労 ・ その他 ()							
体 温	時 分 (℃)							
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			