

病児保育園アリエル利用申込書

利用予定日	西暦	年	月	日	/	/	/	/	/	/	ID	B-
お子様のお名前 <small>ふりがな</small>	男 女	生年月日		西暦		年		月		日		
		年齢		歳		ヵ月(第		子)				
呼び方		その他兄弟		兄・弟・姉・妹								
病名	かかりつけの病院											
症状	診断を受けた病院											
症状が現れた日	月	日	診断日	月	日							
体温	昨夜	℃	今朝	℃	アリエル	℃	解熱剤使用(:)					
鼻水	多い・少・なし		嘔吐	無・有(回)								
咳	多い・少・なし		尿量	普通・少・無								
喘鳴	多い・少・なし		下痢	無・有(回)								
機嫌	普通・やや不良・良		睡眠	: ~ :								
食事等	水分摂取(良・普通・不良)		食事摂取(良・普通・不良)									
処方箋(お薬手帳)	無・有		アリエルでの投薬		無・有							
病院での処方薬	無・有		↓投薬有の場合 該当するものを○で囲む									
朝の服薬	無・有(:)		定期内服・頓服・坐薬・目薬・その他()									
熱性けいれん	無・有		薬の飲ませ方									
薬アレルギー	無・有()		平熱		℃							
食物アレルギー	無・有()		普段解熱剤を飲ませる体温		℃							
その他アレルギー	無・有()		注意事項・指示等									

— 保護者様 —

氏名	児童との関係		
〒	住所		
勤務先	電話		
緊急連絡先(1)氏名	児童との関係	電話	勤務時間 : ~ :
緊急連絡先(2)氏名	児童との関係	電話	勤務時間 : ~ :
お迎え予定時間	時	分	お迎えにみえる方
家庭で看護できない理由 勤務・病気・出産・冠婚葬祭・その他()			

当園の利用につき説明を受け、了承同意します。

個人情報適切に管理致します。

西暦 年 月 日 氏名