

第9号様式(第15条関係)

年 月 日

病児・病後児保育 事前打合せ票 (利用会員提出)

※太枠内にご記入の上、必ずキッズケアルーム「えがお」へご提出ください。裏面もご記入ください。

利 用 会 員 番 号		氏名	協 力 会 員 番 号		氏名
連 絡 先	名称 電話		連 絡 先	名称 電話	
ふりがな			生年月日	年 月 日 歳 月 (男 ・ 女)	
緊急連絡先	氏 名		続 柄	連 絡 先(勤務先名)	
				勤務先名 携帯電話 電話	
				勤務先名 携帯電話 電話	
かかりつけ 医 院	病院 医院 () 電話 - -				
子 ど も に つ い て	アレルギーについて		食 物 アレルギー () 有 ・ 無 その他のアレルギー ()		
	平 熱	度		性 格	
	食 事	食べる量 : 多い ・ 少食 ・ ふつう			
	睡 眠			お や つ	
	好きな遊び				
	嫌いなこと				
	気を付けて欲しいこと				
	薬について	粉 薬 ・ 水 薬 ・ 錠 剤 (いずれかに○を付けてください)			
	飲ませ方				
前 日 の 様 子	体 温	夜 時 分 (度) ・ 時 分 (度)			
	症 状				
	食べたもの				
	排 泄 : (便)	普通 ・ 軟便 ・ 下痢便 ・ 水様便 【回数 回】 : 紙おむつ使用			
	排 泄 : (尿)	多 い ・ ふつう ・ 少ない 【回数 回】 : 紙おむつ使用			
	嘔 吐	有 ・ 無 【回数 回】			
	そ の 他				
今 朝 の 様 子	体 温	朝 時 分 (度) ・ 時 分 (度)			
	症 状				
	食べたもの				
	排 泄 : (便)	普通 ・ 軟便 ・ 下痢便 ・ 水様便 【回数 回】 : 紙おむつ使用			
	排 泄 : (尿)	多 い ・ ふつう ・ 少ない 【回数 回】 : 紙おむつ使用			
	嘔 吐	有 ・ 無 【回数 回】			
	そ の 他				

裏面

投 薬 依 頼 書

保護者に代わって下記のとおり投薬をお願いします。

年 月 日

会員番号

利用会員名

ふりがな				男・女	生年月日	
子どもの名前					年	月 日
病 院 名				薬局名		
薬の内容 (○で囲んでください)		・ 抗生剤 ・ 咳止め ・ 鼻水止め ・ 外用薬 ・ 塗り薬 ・ 点眼 ・ 解熱剤 ・ けいれん止め ・ 吐き気止め ・ 噴霧など ・ その他()				
与薬方法 又は 使用方法	食前	粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 () CC袋 ()錠		最後の服用は 今日 ・ 昨日 時		
	食後	粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 () CC袋 ()錠		最後の服用は 今日 ・ 昨日 時		
	食間	粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 () CC袋 ()錠		最後の服用は 今日 ・ 昨日 時		
	指定時間	()時間毎		最後の服用は 今日 ・ 昨日 時		
	塗り薬	部位() 回				
	点眼	(右 ・ 左 ・ 両目) 回				
	坐薬	医師からの注意点		発熱	℃以上 その他()	
		最後に坐薬を 使用した日時			月 日 時 坐薬の種類 ()	
	その他					
注意事項	次の事項を必ず守ってください。 与薬は、看護師が行います。 1 医療機関からの処方であること。利用会員の判断で持参された薬は、対応できません。 2 水薬や粉薬等の容器・袋には名前を書き、1回分を持参してください。 3 市販の薬は、お預かりできません。					

以下は、キッズケアルーム「えがお」使用欄

薬受領者サイン

投薬時刻	時	分	投薬	投薬者サイン
投薬時刻	時	分	投薬	投薬者サイン
投薬時刻	時	分	投薬	投薬者サイン