

まどかチャイルドケアセンター受付票

R 年 月 日

お子様の氏名		歳		体重		kg
登所時間（施設側記入）	予定の降所時間	お迎え（登録書に記載のない方は、お名前もご記入ください。）				
:	:	父親 母親 祖父 祖母 その他 氏名（ ）				
今朝の体温 ℃	朝食摂取	水分摂取	今朝の排尿	昨日の排便	今朝の排便	
	有・無	有・無	有・無	普・軟・下痢・無	普・軟・下痢・無	
お預かり中の連絡先	①父親 母親 祖父 祖母 職場 その他（ ） TEL					
	②父親 母親 祖父 祖母 職場 その他（ ） TEL					
アレルギーについて			熱性けいれんについて			
・食物アレルギー	有・無	（種類： ）	・熱性けいれんを起こしたことがある			有・無
・薬アレルギー	有・無	（種類： ）	・30分以上続くけいれんがある			有・無
・アナフィラキシー	有・無	（種類： ）	・抗けいれん薬を使用したことがある			有・無
ミルク（こちらで飲ませる時間）	時		時	時	（量）	CC
症状について ○をつけてください。	熱・倦怠感・咳・鼻水・頭痛・腹痛・下痢・嘔吐・発疹・その他					
翌日利用希望	有・無	体調次第で	有・無	利用時間	:	~ :

小郡市病児保育事業与薬依頼書

保護者に代わって与薬をお願いします。

受領者（施設側）

投薬	①【薬名】
	【投薬時間】 食前 食後 時 分 【処方】 1回 錠 包 ml 個
	【薬の種類】 抗生物質・咳止め・鼻水・吐き気止め・整腸剤・その他（ ）
有・無	【内服方法】 水に溶かす・そのまま内服できる・その他（ ）※内服に必要なものを持参下さい。
	②【薬名】
	【投薬時間】 食前 食後 時 分 【処方】（1回 錠 包 ml 個）
解熱剤	【種類】 坐薬・粉薬・錠剤
	【最後に解熱剤を投薬した日時】 月 日 時 分 ℃
	【使用時】
有・無	・体温 ℃以上で使用する。
	・体温 ℃以上でも、様子を見て使用する。

お預かり中について

体調が悪化し、お預かりが難しくなった場合は、基本、お迎えに来て頂く事になります。

緊急な対応が必要な場合は、まどかファミリークリニック医師の診察となりますので、よろしければ承諾をお願いします。

診察、投薬を承諾します。

【保護者サイン：

】