

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）		お迎え時間		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					
お預かりに際しての注意、連絡事項							

預り 母子手帳 お薬手帳

小郡市病児保育事業服薬依頼書

保護者に代わって服薬をお願いします。

受領者（施設側）

服薬	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）			
有・無	【薬の種類】 抗生物質・咳止め・鼻水・吐き気止め・整腸剤・その他（ ）							
	【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。							
	【薬名】							
解熱剤	【種類】 坐薬・粉薬・錠剤・水薬							
	【最後に解熱剤を投薬した日時】 月 日 時 分				℃ 【使用】 無し			
有・無	【使用時】							
	・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： \_\_\_\_\_】