新潟市病児デイサービス事業　利用申込書兼状況調査票

（宛先）新 潟 市 長

	保護者名	
	住　　所	
年　　月　　日	電話番号	

利 用 施 設 名				
申込児童	フリガナ 児 童 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年　　月　　日生まれ（　　歳　　カ月）		
	通園施設名	保育園・幼稚園・こども園・小学校 ／ 在宅		

お迎えに来る方		お迎えの時間	午前 午後　　時　　分 頃

緊急連絡先	連絡先名1	連絡先名2
	電話番号1	電話番号2

利用期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	日間

児童の状況について，該当するところに○をつけ，必要事項を記入してください。

1 発熱はありますか　ない ・ ある いつから〔　　〕今朝の体温　　℃，平熱　　℃

2 昨日から今日にかけて解熱剤(熱さまし)を使用しましたか　使用していない ・ 使用した〔 座薬 ・ 内服 〕

昨日の最高体温　　℃　最終使用時間　　時　　分 頃

3 せきは出ますか　出ない ・ 出る〔 コンコン ・ ゴホゴホ ・ ゼーゼー ・ ケンケン 〕

4 鼻水は出ますか　出ない ・ 出る〔 水鼻 ・ 青鼻 〕

5 夜は寝られますか　眠られる ・ 寝られない〔 時々起きてしまう ・ 全然眠られない 〕

6 痛みはありますか　ない ・ ある〔 頭・のど・おなか・耳(右・左)・その他（　　）〕

7 吐き気はありますか　ない ・ ある いつから〔　　日　　時頃から　　回〕，最後の嘔吐は　　日　　時頃

8 下痢はしていますか　していない ・ している いつから〔　　日　　時頃から　　回／日〕，今日　　回

9 水分はとれますか　とれる ・ あまり飲めない

10 食事はとれていますか　とれる ・ あまりとれていない

11 おしっこの回数は　いつもと同じ ・ やや少ない ・ 少ない

12 発疹は出ていますか　ない ・ ある 〔 顔・足・おなか・おしり・背中・口・その他（　　）〕

その発疹はいつから出ていますか　　月　　日から

13 目の症状はありますか　ない ・ ある〔 めやに ・ かゆみ ・ 充血 いつから　　月　　日から 〕

14 保育園・幼稚園・小学校などで流行っている病気はありますか　ない ・ ある〔　　〕

15 体重を記入してください　体重　　kg

16 前日から今朝にかけての症状について簡潔に記入してください

〔　　〕

17 施設として気にかけてもらいたいことはありますか

〔　　〕

緊急時の診察等について承諾いたします	署名	

※ 太線の枠の中を記入してください。