

利用申し込み申請書

※医師連絡票と一緒にご提出ください

きつずはうすひまわり病児病後室をかかりつけ医師により医師連絡票のとおり説明を受けたうえで、  
利用したいので申請します。

○印・記入 (病児病後室の利用は ( はじめて ・ 2 回目以降 )

フリガナ 児 童 名		愛称	
		年齢	歳 月
主な症状(○をおつけください) 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳嗽 ・ 喘鳴 ・ 発疹 ・ 湿疹 ・ その他(			
)いつからどういう症状がありますか。(出来る限り詳しく記入して下さい)			
薬	無 ・ 有 ※利用中に内服等ある場合は与薬依頼票を記載し、薬剤情報提供書と1回分のみ内服をご持参ください。		
その他連絡事項がありましたら、お書きください。			
登録時の内容(連絡先・住所・勤務先など)に変更がありましたら、必ずお知らせください。  登録時の内容に変更がないことを確認しました。 記入日 令和 年 月 日 保護者名 _____ 担当者名 _____			
下記項目は、登録時と変更がある場合のみ、ご記入ください。			
保護者名	緊急連絡先①		(携帯・勤務先・その他)
	緊急連絡先②		(携帯・勤務先・その他)
保険証	記号	番号	保険者番号
かかりつけの病院			通園先
アレルギー	無 ・ 有 ( )		
喘息	無 ・ 有	その他 既往歴	
その他変更内容がありましたら、お書きください。			