

(様式3号)

加賀市医療センター保育室「かもっ子」利用申込書

利用者氏名 (お子様)	ふりがな		保護者 氏名	
生年月日	年	月	日 (歳)	
利用日	年	月	日 曜日	お迎え時間 時 分
お迎え者	続柄 ()	緊急連絡先 (ご家族)	電話番号 氏名	続柄 ()
持参薬に○をつけてください ※利用時間内に必要な 薬のみご持参ください。	処方薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 粉薬 水薬 錠剤 軟膏 その他 () 服用方法 (食前 食後 食間 : 時間毎)		
	解熱剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 坐薬 (1回 個) 粉薬 錠剤 水薬		
*健康の状況をお知らせください				
食事内容	昨夕:	発熱	いつから	日 時から
	今朝:		最高	. °C
水分摂取	ミルク(母乳) 時 cc	解熱剤の 使用	昨日	. °C
	普通 少量 なし		今朝	. °C
排便状態	普通 硬便 軟便 下痢	気になる 症状	有 (坐薬 粉 水) ・ 無	
	昨日 回/朝 回/最終 時		最終の使用 日 (:)	
睡眠状態	時 分 ~ 時 分	咳 ・ 嘔吐 ・ 鼻水 など		
	熟睡 時々起きる 不眠			
*周囲で流行している感染症 ※病名		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
*アレルギーの有無 (除去しているもの)		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
*その他の連絡事項をお書きください				

◆保育料等の減免措置の可否判断のため、加賀市が保有する住民記録情報及び住民税課税状況等の必要な個人情報について、加賀市職員が照会することに同意しますか。

はい ・ いいえ

※減免措置の対象であっても、同意のない場合は料金を徴収いたします。

医師連絡票

※受診した医療機関に記入してもらってください。連続して利用される場合は、上記記入だけでお願いします。

加賀市医療センター 病児保育室「かもっ子」宛て

年 月 日

患者名	
病名	
処方	1. 有り 2. 無し
留意事項	
医師サイン	病院名

加賀市医療センター保育室「かもっ子」