

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	令和	年	月	日曜日
お迎え者	続柄 ()		緊急連絡先 (ご家族)	電話番号 氏名 続柄 ()
持参薬について ※利用時間内に 必要な薬のみ ご持参ください	昼の内服	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 粉薬 水薬 錠剤 その他() 服用方法 (食前 食後 食間 : 時間毎)		
	解熱剤	<input type="checkbox"/> あり (指示: °Cで使用) <input type="checkbox"/> なし 坐薬(1回 個) / 粉薬 水薬 錠剤		
	その他の薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 内服薬 坐薬(1回 個) ぬり薬 その他() 使用方法 ()		
	けいれん 予防薬 ※けいれんが ある場合のみ ご記入ください	今回の熱での坐薬使用	<input type="checkbox"/> あり (回/最終 時)	<input type="checkbox"/> なし
	かもっ子内での使用	<input type="checkbox"/> あり (°C/ 時)	<input type="checkbox"/> なし	
	坐薬用量	1回	個	
*健康状況をお知らせください				
食事量 ※普段と比べて どうですか	普段通り・少ない・食べていない ミルク(母乳): 時 cc		排便	昨日 回 / 今朝 回 普通・硬便・軟便・下痢 ※軟便・下痢 の場合のみお答えください 便の色() 最終: 時
水分 摂取量	普段通り・少ない・飲んでいない		排尿	普段通り・少ない・出ていない・不明 ◇今朝おしっこは出ていましたか? 出た・出ていない(最終: 日 時)
睡眠状態	時 分 ~ 時 分 熟睡・時々起きる・不眠		発熱	<発熱はいつからですか> 日 時から 最高 . °C (日 時) 今朝 . °C
気になる 症状 (具体的に記入 ください)	咳・鼻水・嘔吐・発疹 など		解熱剤の 使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 最終: 日 時 分 (°C)
※嘔吐の 場合	最終嘔吐時間: (日 時)	最終飲食時間: (日 時)		
その他 (何でもご記入 下さい)				
*周囲で流行している感染症			<input type="checkbox"/> あり(病名) <input type="checkbox"/> なし	

◆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。

2枚目もご記入ください(医師連絡票あり)

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、裏面の記入だけお願いします。

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	
コロナウイルス 検査	有 無 (PCR / 抗原) (陰性 / 陽性)
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」