

病児・病後児預かり依頼書

別紙「病児等に関する医師連絡票」のとおり、医師からの診断をうけ、以下病名に該当しないため、援助活動を依頼します。

・ 感染性胃腸炎 ・ 風疹 ・ インフルエンザ ・ 溶連菌感染症 ・ 百日咳 ・ 咽頭結膜熱

利用日時 年 月 日
時 分 ～ 時 分

会員番号 利用会員名 印

子どもの名前			性 別	男 ・ 女	
			生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
緊急連絡先		①子との続柄		電話番号	— —
		②子との続柄		電話番号	— —
前日の症状	主 な 症 状				
	体 温	【朝 ℃】 【昼 ℃】 【夜 ℃】			
	食 事	普通食・消化の良いもの・水のみ・食べられない/食欲 (いつも通り・低下)			
	排泄〈便〉	【普通便 回】 【軟便 回】 【下痢 回】			
	排泄〈尿〉	多 い ・ 少 な い ・ 普 通			回
今朝の症状	主 な 症 状				
	体 温	【朝 ℃ / 時 分ごろ】			
	食 事	普通食・消化の良いもの・水のみ・食べられない/食欲 (いつも通り・低下)			
	排泄〈便〉	【普通便 回】 【軟便 回】 【下痢 回】			
		午前 時 分ごろ ・ 午前 時 分ごろ			
排泄〈尿〉	回	最終排尿 : 午前 時 分ごろ			
与薬について	保護者に代わって、下記のとおり与薬をお願いします。				
	薬の名前: _____		◎解熱剤について		
	時 間: 食前 ・ 食後 _____		最後に使用した時刻 : _____		
	指定時間: (午前/午後) 時 分		(午前/午後) 時 分		
与薬の量: (m l ・ 包 ・ 錠) 回			次に使い始められる時刻: _____		
			(午前/午後) 時 分		
緊急時等の対応	以下の事項について同意いただき、チェック印を付けてください。				
	<input type="checkbox"/> 受診時の医師の指示に従い、処方された薬を保護者に代わって与薬してください。				
	<input type="checkbox"/> 万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合は、提供会員及びセンターの判断を了承します。				
	この場合に発生した治療費、入院雑費、通院交通費等は、保護者が負担いたします。				
<input type="checkbox"/> 保護者との連絡が取れず、医師への受診後に手術等の処置をする場合は、医師の判断を了承します。					

※受診する場合はかかりつけ医（カルテのある病院）としてください。

※上記の内容は安全に病児を預かり、医療機関を受診しなければならなくなった際に必要な情報ですので、詳細に記載願います。