

チックタック童夢館 おくすり・もちもの票

※太枠内のご記入をお願いします。

なまえ		月	日	曜日	※服用中のお薬すべてご記入ください		
ご自宅では、お薬をどのようにのませていますか？ (直接口に) 溶かして(スポイト)(スプーン)(コップ) その他()					明日の予約 なし・あり (: ~ :)		
解熱剤は使用しましたか? いいえ・はい (時 分)					"あり"の方はご自身でのネット予約不要です キャンセルは、ネットから7:00までをお願いします		
けいれん既往 なし・あり 予防 している・していない ()回目 時 分					薬処方希望 なし・あり "あり"の方は付き添い診察		
薬のなまえ		持 参 薬 (粉・水薬・目薬・軟膏・吸入薬など 部位・回数などもお書きください)					
夜 ねる 前			粉 ()包				
			水薬 ()個				
			錠 ()個				
薬の名前※朝のお薬は飲んでください			服用時間		お薬の残りをご記入ください		
朝			時	分	月	日	(朝 ・ 昼 ・ 夜)まであります
			時	分	月	日	(朝 ・ 昼 ・ 夜)まであります
			時	分	月	日	(朝 ・ 昼 ・ 夜)まであります
			時	分	月	日	(朝 ・ 昼 ・ 夜)まであります
昼			時	分	医師の指示・処置		
			時	分			
			時	分			
			時	分			
飲み物 有・無 哺乳瓶 有・無 ミルク()回分		おくすり手帳 有・無		処方	有・無		
オムツ(枚)・無 おしりふき 有・無		ファイル・おくすり手帳確認者			担当者		

病児病後児保育 受診代行依頼書

池田病院にて8:00~受付・問診（保育士・看護師による病状や食事注文、持ち物確認など聞き取り）後、お子さまをお預かりし保護者に代わり受診いたします。

<要件> 1. 8:20までに受付。

2. 前日に当院または他院を受診し、確定診断がつき、お薬を持っている。

3. 症状が改善して落ち着いている。

4. Web問診がすみ、おくすり・もちもの票をすべて記入している。

※前日より症状が悪化している場合や薬処方希望等、保護者と医師が話す必要があるときは、保護者付添での受診をお願いします。

上記事項を承諾し、下記問診に答えて、病児病後児保育に伴う受診を依頼します。

年	月	日	受診依頼利用	預かり時間	担当
患者氏名	保護者氏名		可 ・ 不可		
連絡のつく電話番号					

お子さまの様子をご記入ください。

- 寝る前のお熱 () 朝のお熱 ()
 - 昨夜の食事量ふだんの (割) 朝の食事量ふだんの (割)
 - 最終排便 (月 日 時頃) どんな便 ()
 - 睡眠 (ふだんどおり ・ 不眠) () が原因で () 回起きた
- その他伝えたいこと ()