

OTTAキッズケア薬院 利用申込書

ご利用日ごとに太枠内をご記入の上、提出してください

ふりがな		利用日	西暦	年	月	日
お子さまのお名前		体重		kg		
		性別		男 ・ 女		
(愛称)		生年月日	西暦	年	月	日
住所	福岡市内 ・ 市外 ()	年齢	歳 か月			
園 ・ 学校名		かかりつけ医	当院 ・ 他院 ()			
緊急連絡先 <small>(必ず2か所記載してください)</small>	① 名前		続柄	電話番号		
	② 名前		続柄	電話番号		
ミルクが必要な方	入室中の授乳希望時刻と量		あり ・ なし			
	① (: → mL)	食物アレルギー	食品名 ()			
	② (: → mL)		除去程度 ()			
	③ (: → mL)	排尿 ・ 排便	最終排尿 (日 時頃)			
最終授乳時刻 (:)	最終排便 (日 時頃)					
3か月以内にかかった感染症	アデノウイルス ・ RSウイルス ・ インフルエンザ (A ・ B) ・ 新型コロナウイルス ・ その他()					
症状 ・ 服薬の経過 □にチェックし詳細をご記入ください	□ 今回の病気で、3日以内に 当院 ・ 他院 () を受診している					
	診断名： 受けた検査：					
	□ 熱 いつから？ (月 日 時頃) 24時間以内の最高体温 () °C、計測時刻 (:) 朝の体温 () °C、解熱薬最終使用日時 (日 時 分頃)					
	□ 鼻水 (少ない ・ 多い / 透明 ・ 粘り気のある黄鼻 ・ 鼻づまり)					
	□ 咳 (少ない ・ 多い / 痰が絡まない ・ 痰が絡む ・ ゼーゼー ・ ケンケン)					
	□ 嘔吐 1日 () 回、最終嘔吐時刻 (:) 咳込み (あり ・ なし)					
	□ 下痢 1日 () 回 (軟便 ・ 泥状 ・ 水様 ・ 白色便 ・ 血便)					
	■ 食事 (いつも通り摂取できている ・ 1/2 ・ 1/3 ・ ほとんど摂取できていない)					
	■ 睡眠 (ぐっすり眠れる ・ 時々起きるが眠れる ・ 眠れない)					
	■ 流行疾患 なし ・ あり ()					
■ いつから、どのような症状か、詳しくご記入ください						
熱性けいれん	あり (これまでに 回 ・ 最終発作 歳頃 ・ ダイアアップ予防投与 あり ・ なし)					なし
のみ薬 ・ 塗り薬	あり (当院 ・ 他院) ※他院の場合、お薬手帳をご持参ください					なし
お預かり中の投薬	あり (投薬内容 ・ 時刻：)					なし
発熱時の解熱薬使用	当院の判断で使用可 ・ 積極的に使用してほしい ・ 希望しない					
お薬処方のご希望	あり (内容：)					なし
お迎え	母 ・ 父 ・ 他 (お名前：)		続柄： ()	お迎え時刻 (:)		
お子さまの成長 ・ 発達について配慮が必要な点などあればお書きください。						

※以下はご記入不要です

主病名		当日の処方	あり ・ なし
検査	血液検査 ・ X線検査 ・ RS () ・ hMP () ・ アデノ ()		服薬開始 (朝 ・ 昼 ・ 夕)
	溶連菌 () ・ インフルエンザA () B () ・ 新型コロナ ()		□ お迎え時の説明
	便検査：ノロ () ロタ () アデノ () ・ その他 ()		□ 登園許可証 ・ □ 指定用紙