

# キンダーハウス 入室連絡票

ふりがな  
名 前

園・学校名

( 才 ヶ月 男・女 )

入室希望日	平成 年 月 日	
症状	<どのような症状ですか>	
発熱	ある・ない	いつから( / ~)
		今朝は( 度)
		解熱剤使用( 有・無 )
		最後の使用( 日 時)
		その時は( 度)
嘔吐	ある・ない	回/日
		現在 ( ある・ない )
下痢	ある・ない	回/日
		現在 ( ある・ない )
咳	ある・ない	
鼻水	ある・ない	
発疹	ある・ない	日~
		発生箇所( )
食欲	ある・ない	

ミルク	朝 何時にミルクを飲みましたか ( 時)( CC)
	キンダーハウスでは何時にミルクを飲みますか ( 時)( CC)
	( 時)( CC)
昼間の薬	ある・ない
	<飲み方>
解熱剤	ある・ない
	<何度で使用されますか> 度
熱性けいれんを起こしたことがありますか	
ある・ない	
( 回 最後は 才 ヶ月)	
食べ物のアレルギーはありますか	
ある・ない	
食べさせていない食材に○をつけて下さい	
( 卵・牛乳・小麦・エビ・カニ )	
( その他( ) )	

### 緊急連絡先

氏名

電話番号

お子様との関係

### 当日のお迎え

( )時

どなたが( 父・母・ )

※当日キャンセルの際は、当日7時45分までに必ずご連絡下さいますようお願いいたします。

**連絡先: 096-371-9395**

※お子様の症状次第では早目のお迎えをお願いすることがございます。

### 承諾書及び与薬依頼書

①キンダーハウス病児保育室入室中に医師の診断が必要とされた場合は、委託医院を受診し、そこで発生した医療費に関しては実費で支払うことを承諾いたします。

②持参した薬については、医師の指示通りの与薬を依頼いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名

(印)