

# こどもデイケアいずみ入園申込書（1）

年 月 日記入

ふりがな 児童氏名	ふりがな 保護者氏名		
生年月日 年 月 日生（才）	男 女	所属園	
住所 〒（ - ）  大阪府			
電話番号		携帯番号	
<b>家族構成</b>			
氏名	続柄	年齢	職業
こどもデイケアいずみを希望された理由をお書きください。			
紹介者（機関）名		担当者名	
登園方法について <input type="checkbox"/> 通園バスを利用 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
※ 新型コロナウイルス感染予防等により、通園バスを提供できない場合があります。			
訓練等で保護者が来園する機会があります。その場合の交通手段について			
<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

\*いただいた個人情報は入園希望以外には利用いたしません。

# 入園申込書(2)

記入者 \_\_\_\_\_

受付No.									
	(ふりがな)								
児童名				男 ・ 女	あてはまる□に✓を記入してください				
生年月日	年	月	日						
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )								

## 1. 障がい、疾病について

診 断 名	1	身体障害者手帳	種	級
	2	療育手帳	有 ( A ・ B1 ・ B2 )	無
	3	精神障害者保健福祉手帳		級
医療機関名		主治医		
症状としての安定性		<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な理由を記入)		
措置に対する緊急性の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (「有」とした場合、具体的な理由を記入)		

## 2. 医療ケアについて

処置内容 ; <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 口腔吸引 特別な対応 ; <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 ; <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) [ その他 ]		
意識障害・てんかん <input type="checkbox"/> 意識混濁 <input type="checkbox"/> てんかん発作 ; 頻度 (年間 回、月平均 回、週平均 回) <input type="checkbox"/> その他 [ 具体的に記載(程度および処置内容) ]		
アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [ 有の場合、具体的に記載(程度および処置内容) ]		
定期薬剤		
薬の名前	服用回数	1日量
	1日 回 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 )	mg
	1日 回 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 )	mg
	1日 回 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 )	mg
	1日 回 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 )	mg
	1日 回 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 )	mg

