（依頼時）医療機関提出書類 株式会社SATOM (TEL 048-299-5792)

病児のお預かりは毎回の提出をお願いします

ご利用日 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お子様名（ふりがな） | | | |
| 呼び名 | | | |
| 生年月日 年 月 日生まれ（ |  | 才 ヶ月） 男 ・ 女 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 保護者 メールアドレス |  | 携帯メールアドレス |  |
| 保護者の勤務先名 |  | 勤務先電話番号 |  |
| 出産時 身長 ｃｍ、 体重 | ｇ |  |  |
| 出生時留意点 | | | |
| 現在 身長 ｃｍ、 体重 | ｇ |  |  |
| 主な病気、かかった病気（アルレギー等） | | | |
| 病児のお子様について本日の体調 | | | |
| かかりつけ医師、今回受診している病院（クリニック） |  | 電話番号 |  |
| 食事の様子、食欲、体調のすぐれないとき好むもの | | | |
| 好きな遊び、本、おもちゃ | | | |
| 服用中の薬の有無、（1回ごとの量を小分けし、朝昼夜などきちんと大きく記載をお願いします.市販・坐薬不可） | | | |
| 処方、服用中のお薬の投薬について。保護者様許可サイン |  | 印 | （シャチハタ不可） |
| その他気になる点やご要望をお書きください。 | | | |
| 病児のお子様について。お子様の様態が変わったとき、ご連絡致します。その時の緊急連絡先 | | | |
| 保護者様携帯番号① |  | 保護者様携帯番号② |  |

**～～～医師への委任状～～～**

私 の保護者 は、病院・クリニックへの受診に関しまして株式会社SATOMのシッターにすべて一任いたします。 年 月 日保護者名 印

※本紙の他、マイナンバーカード（保険証）、こども医療受給者証、お薬手帳、母子手帳、診察券のご準備も念のためお願い致します

※病院へお連れのご希望の保護者様。お子様のチャイルドシートのご準備をお願いいたします。

シッターがこれをお預かりしお子さんを病院・医院へお連れした場合、医師が必要との場合はこの用紙をお渡しください。