

キッズリーフの病児保育 受診代行に係る委任状

年 月 日

御中

代理人

氏名：

住所：福岡市東区箱崎 4-5-19 げんきビル 3 階

電話番号：092-710-5183

私は、上記のものを代理人とし、下記の事項を委任します。

記

私の子ども()の受診付添及び診断結果を聞くこと、処方箋の交付、
診断書等の交付申請及び受け取りを行うこと。

委任者

氏名：

印

住所：

電話番号：

受診代行書

症状						
<input type="checkbox"/> 発熱	月	日から	°C	<input type="checkbox"/> 腹痛	月	日から
<input type="checkbox"/> 咳	月	日から		<input type="checkbox"/> 嘔吐	月	日から
<input type="checkbox"/> 鼻水	月	日から		<input type="checkbox"/> 下痢	月	日から
<input type="checkbox"/> 喘鳴	月	日から		<input type="checkbox"/> 頭痛	月	日から
<input type="checkbox"/> その他()
昨夜～今朝の様子						
①食欲 (変わらない・半分ぐらい・ほぼ食べない)						
②水分はとれているか (はい・いいえ・不明)						
③おしっこは出ているか (はい・いいえ・不明)						
④最後に出た便 (月 日 時頃 普通便・硬便・軟便・下痢便・その他)						
⑤今飲んでいる薬はありますか (いいえ・はい)						
お医者様にお伺いしたいこと						
園で流行している感染症						