

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	