

持参品確認表 児童氏名 _____

令和 年 月 日記入

持参品		※二重枠内の、持参された物の口に✓し 必要事項をご記入ください。	受取時 確認		使用状況(経過状況)		返却時 確認
必須		<input type="checkbox"/> 母子手帳			/		
		<input type="checkbox"/> お薬手帳・薬剤情報提供書					
任意		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> こども医療証					
定期	内服薬 ※昼分の処方があるとき	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他()					
		薬品名() _____ 個					
		薬品名() _____ 個					
頓用	解熱剤 ※保育中必要な状態になり、持参がない時は お迎えをお願いします。	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他 薬品名() _____ 個					
	吐き気止め ※処方があり、吐き 気がひどいとき	<input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他() 薬品名() _____ 個					
	けいれん止め ※けいれんの既往及び 処方があり、発熱時に 持参がない時はお迎え をお願いします。	<input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> その他() 薬品名() _____ 個					
その他の薬		<input type="checkbox"/> 塗布薬 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> その他() 薬品名() _____ 個 薬品名() _____ 個					
タオル類		<input type="checkbox"/> ハンドタオル _____ 枚 <input type="checkbox"/> バスタオル _____ 枚 <input type="checkbox"/> フェイスタオル _____ 枚					
衣類 ※調節の利く服装で		<input type="checkbox"/> 上着 _____ 枚 <input type="checkbox"/> ズボン _____ 枚 <input type="checkbox"/> 肌着 _____ 枚 <input type="checkbox"/> パンツ _____ 枚 <input type="checkbox"/> スタイ _____ 枚 <input type="checkbox"/> 靴下 _____ 枚 <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> その他() _____ 枚					
オムツ ※普段使う枚数より 多めに		<input type="checkbox"/> 紙オムツ _____ 枚 <input type="checkbox"/> 紙パンツ _____ 枚 <input type="checkbox"/> おしりふき _____ 個					
食事 ※体調に合う食品で、 普段からよく食べている物		昼食・何を おやつ・何を					
飲み物 ※水分補給に適した飲料 (麦茶・水・イオン飲料等)		<input type="checkbox"/> 水筒(中身) <input type="checkbox"/> マグ(中身) <input type="checkbox"/> 予備の水分(中身) <input type="checkbox"/> 他()					
食器類		<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 食事用エプロン					
ミルク ※必要な人		<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 _____ 本 1回 _____ cc 時間毎 形状 <input type="checkbox"/> スティック _____ 本 <input type="checkbox"/> キューブ _____ 個 <input type="checkbox"/> 小分け _____ 回分 <input type="checkbox"/> 液状ミルク _____ 本					
本人の おもちゃ等		<input type="checkbox"/> 絵本 _____ 冊 <input type="checkbox"/> おもちゃ _____ 個 <input type="checkbox"/> その他()					
布団		<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 貸し布団使用(¥80)					
その他							
サイン		保護者サイン 入室時	施設サイン		保護者サイン お迎え時		施設サイン
冷蔵庫に 入れるもの		<input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> お弁当 <input type="checkbox"/> フルーツ <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 他()					

※すべての持参品に、ご記名をお願いいたします。