

病状記録

※利用当日の朝に記入し必ずご持参ください

利用日	年 月 日()曜日	在籍	園()歳児クラス 小学校()年生
フリガナ		性別	生年月日 現在の体重
利用氏名		男・女	(年 月 日) (歳 ヶ月) kg
利用内容	登園予定時間	時 分	同伴者 母親・父親・その他(続柄)
	降園予定時間	時 分	同伴者 母親・父親・その他(続柄)

病名	受診日	月 日 ()
----	-----	---------

受診病院 ()を受診し、医師から病児保育利用を承諾されました

いつからどのような症状がありますか

現在の症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他()			
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">発熱</td> <td style="text-align: center;">様子</td> </tr> <tr> <td> 昨夜(°C) 今朝(°C) 平熱(°C) </td> <td> <input type="checkbox"/>元気がない <input type="checkbox"/>食欲がない <input type="checkbox"/>機嫌が悪い <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> </table>	発熱	様子	昨夜(°C) 今朝(°C) 平熱(°C)
発熱	様子			
昨夜(°C) 今朝(°C) 平熱(°C)	<input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 機嫌が悪い <input type="checkbox"/> その他()			

お薬	<input type="checkbox"/> 投薬を受け持参している ↓持参した薬の <input type="checkbox"/> に✓し必要事項を記入してください	
	<input type="checkbox"/> 定期内服 朝飲んだ時刻 時 分頃 保育室で飲む時刻 <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 時 分頃 飲み方 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶いて <input type="checkbox"/> 服薬ゼリー <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬...1回(個/包) <input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない 最終使用日時 月 日 時 分 ()時間あけて使用 解熱剤使用時の要望 <input type="checkbox"/> 使用する前に必ず電話連絡してほしい <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> けいれん止め 1回(個) <input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない 最終使用日時 月 日 時 分 使用方法 <input type="checkbox"/> 発熱したら保育室で1回目を使用 <input type="checkbox"/> 発熱が継続していたら保育室で (2回目 or 3回目)を使用 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 吐き気止め <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬...1回(個/包) <input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない ※最終使用日時 月 日 時 分 ()時間あけて使用 <input type="checkbox"/> その他の薬 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布薬 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> その他() 薬品名() 使用方法()
	<input type="checkbox"/> 持参していない	

睡眠	昨夜 時~ 時(良・不良) 普段 午前睡(する・しない) お昼寝(する・しない)	最終排尿	月 日 時(色...普・濃)(量...普・少)
----	---	------	-------------------------

朝食	<input type="checkbox"/> 食べた(少・普・多) <input type="checkbox"/> 食べられなかった ()時頃、何を()	最終排便	月 日 時(普・軟・下痢・硬)
----	--	------	-----------------

食事	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 手助けが必要	排便	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> オムツ
----	---	----	---

衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 手助けが必要	排尿	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> オムツ
-------	---	----	---

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に) <input type="checkbox"/> 抗アレルギー薬持参(薬品名)
-------	---

緊急連絡先	氏名()	①電話番号()	連絡先名()
	続柄()	②電話番号()	連絡先名()
	氏名()	①電話番号()	連絡先名()
	続柄()	②電話番号()	連絡先名()

※必ず連絡がとれるようにして下さい

年 月 日

上記の通りたのっしーランドを利用するので申し込みます。
 なお、利用期間中は施設の指示を遵守します。

保護者氏名