



利用日 月 日 () 病児保育室 **すこやか**

名前	男 女	生年月日 今の体重	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月) kg								
家庭での様子		すこやかでの様子									
体温	平熱	. °C	機嫌	午前	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> ぐずぐず						
	昨夜	時 分 . °C		午後	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> ぐずぐず						
日目	朝	時 分 . °C	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用した (:) 投薬者 ()							
解熱剤	頓服	<input type="checkbox"/> 使用した (:)	投薬等	<input type="checkbox"/> 内服した (:) 投薬者 ()							
	座薬等	<input type="checkbox"/> 使用せず		<input type="checkbox"/> 内服した (:) 投薬者 ()							
内服等	朝の内服薬	<input type="checkbox"/> 内服した (:) <input type="checkbox"/> 内服せず (:)	時間	睡眠	排泄	体温	食事・水分など	状態その他			
	せき	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない (コソコソ・ゴホホ・ゼゼ・ケケ)		8	入室 (:)						
鼻水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		9								
吐き気	<input type="checkbox"/> ない		10								
	<input type="checkbox"/> ある (日から 回) 最後の嘔吐 (日 時頃)		11								
便	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 回		12								
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 最終便 (月 日 時)		13								
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		14								
発疹	<input type="checkbox"/> ない		15								
	<input type="checkbox"/> ある (日から)		16								
食事	夕食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	17								
	朝食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	18								
水分	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		19								
機嫌	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> ぐずぐず		20								
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> たまに起きた <input type="checkbox"/> ぐずぐず (: ~ :)		21								
与薬 依頼 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 食前・食後 粉末 (包)・シロップ 与薬方法: 溶かす・ねる・そのまま		《病気に対する配慮》熱・咳・喘鳴・鼻汁・便性・発疹・痛み 食欲・水分・その他 ()								
	受取者 ()	解熱剤: 坐薬・頓服 外用薬・その他 () 吸入薬:有 (薬名) 吸入時間 (最終) (:)		《1日の様子》							
既往歴	アレルギー: 有 ()・無 熱性けいれん 有 (最終年月日) 無		医師連絡票提供医 生協こどもクリニック・他医院 ()								
その他・連絡事項			今日の緊急連絡先TEL: お迎え予定時間 (:) 母・父・祖父母 ☆緊急時の診察・検査・処置などについて☆								
			<input type="checkbox"/> 承諾いたします <input type="checkbox"/> 承諾いたしません 署名:								