

お名前： _____ 歳 ヶ月 _____ 20 年 月 日

家庭での様子	体重	kg	ひだまり病児保育室での様子						
持病(喘息・熱性けいれん等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			8:30	10:30	12:30	14:30	16:30	18:00	
病名：			睡眠						
<input type="checkbox"/> 発熱 月 日～ 今朝 °C			検温						
<input type="checkbox"/> 鼻水 月 日～			40°C						
<input type="checkbox"/> 咳 月 日～				39°C					
<input type="checkbox"/> 喘鳴 月 日～					38°C				
<input type="checkbox"/> 下痢 月 日～				37°C					
<input type="checkbox"/> 嘔吐 月 日～					36°C				
<input type="checkbox"/> 発疹 月 日～				咳					
どんな様子ですか			鼻水						
睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> やや不眠 <input type="checkbox"/> 不眠			不眠の理由 ()						
機嫌 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い				便					
元気 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無し			尿						
水分量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量			おやつ						
尿 普段 回・昨日 回			今朝の食事						
内容：			おやつ						
食欲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			昼食						
量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べていない			内服						
食物アレルギー ()			処置						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			保育士・看護師より						
病児での内服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 包			家庭での内服薬						
(お薬の名前)				解熱剤： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
				<input type="checkbox"/> 坐薬使用許可 最終坐薬・とんぶく時間 時 分					
保護者からの要望			医師より						
本日の連絡先 ()									
※スタッフ記入欄			入室時間 時 分						
退室時間 時 分 (予定時間)			ミルク量 cc 時間						
<input type="checkbox"/> 持参			<input type="checkbox"/> 昼食代 <input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> 8時間 <input type="checkbox"/> 10時間						
<input type="checkbox"/> 離乳 中期食 <input type="checkbox"/> 離乳 後期食									
<input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 学童食 <input type="checkbox"/> お粥									