

家庭との連絡表 (初日)

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～									
<input type="checkbox"/> 咳 月 日～									
<input type="checkbox"/> 喘鳴 月 日～									
<input type="checkbox"/> 下痢 月 日～			40°C						
<input type="checkbox"/> 嘔吐 月 日～			39°C						
<input type="checkbox"/> 発疹 月 日～			38°C						
どんな様子ですか			37°C						
			36°C						
睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> やや不眠 <input type="checkbox"/> 不眠			咳						
不眠の理由 ()			鼻水						
機嫌 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い									
元気 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無し			便						
水分量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量			尿						
尿 普段 回・昨日 回			おやつ						
今朝の食事			おやつ						
内容：			昼食						
食欲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			内服						
量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べていない			処置						
食物アレルギー () <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 (お薬の名前)									
			家庭での内服薬						
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・とんぷく時間 時 分			医師より						
保護者からの要望									
本日の連絡先 ()									
<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 離乳中期食 <input type="checkbox"/> 離乳 後期食 <input type="checkbox"/> 完了食 <input type="checkbox"/> 幼児食 [1歳半以上] <input type="checkbox"/> 学童食 <input type="checkbox"/> お粥 ミルク 量 cc 時間			※スタッフ記入欄 入室時間 時 分 退室時間 時 分 (予定時間) <input type="checkbox"/> 昼食代 <input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> 8時間 <input type="checkbox"/> 10時間						