

家庭での状況をご記入下さい。

日付： 年 月 日

名前 (男・女) 年齢： 歳 カ月

病名(お分かりならば)		(いつから 月 日)	
体温	昨夜 度 分 (時頃)	(平熱： 度 分)	
	今朝 度 分 (時頃)		
睡眠	時 分 ~ 時 分 (よく寝た・眠れなかった)		
機嫌	(昨夜 良 普 悪) (今朝 良 普 悪)		
食事	多い 普 少し (内容： 昨夜 今朝)		
鼻汁	なし あり (水様 混濁 黄色) (いつから)		
咳	なし 時々 多い (いつから)		
ゼーゼー	なし あり 少し (いつから)		
排泄	昨夜 → 硬() 普() 軟() 下痢() 今朝 排尿 なし あり 排便 なし あり 今朝 → 硬() 普() 軟() 下痢() 毎日便が出る・()日間隔で出る		
嘔吐	なし あり (いつから) (回)		
朝のお薬	解熱剤 : 使用	(時頃)	なし
	内服薬(粉・水) : 使用	(時頃)	なし
	外用薬 : 使用	(時頃)	なし
薬の服用の仕方を教えてください ()			
好きな遊び			
睡眠方法			
アレルギー	あり ・ なし (食物・薬・その他)		
お子様の様子や気になることがありましたらご記入ください			
お迎えの時間 時 分頃 (父・母・祖父・祖母)			
※お子様の状態に応じて検査・処置・薬の処方・与薬をさせていただきます。			
同意者()			

持ち物チェック 本日持参している項目にチェックをお願いします。

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 薬 (粉・水・座薬) | <input type="checkbox"/> シャツ (枚) | <input type="checkbox"/> タオル |
| <input type="checkbox"/> 薬の説明書 | <input type="checkbox"/> パンツ (枚) | <input type="checkbox"/> 着替え 上(枚) |
| <input type="checkbox"/> 昼食 | <input type="checkbox"/> 靴下 | <input type="checkbox"/> 下(枚) |
| <input type="checkbox"/> 飲み物 | <input type="checkbox"/> 防寒着 | <input type="checkbox"/> おもちゃ等 |
| <input type="checkbox"/> おやつ | <input type="checkbox"/> 保険証 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> ミルク | <input type="checkbox"/> 受給者証 | |
| <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 | <input type="checkbox"/> オムツ・おしりふき | |