

病児保育家庭連絡票

親子ネットワークがじゅまるの家

保育日 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

登録番号

| | | | | |
|------------|-----|------|-------|--|
| ふりがな 氏名 | 男・女 | 歳 ヶ月 | 緊急連絡先 | |
| | | | ① | |
| | | | ② | |

病気の症状 :

病 名 :

病 院 名 : 受 診 日 : 月 日 () AM PM

処方された薬:

いつからこの症状が始まりましたか、経過をお書きください。

家庭での様子 該当する箇所記入や○印をつけてください。

| | 昨夜の様子 | 今朝の様子 | |
|------|---------------|-------------|--|
| 体温 | 時 分測定 ℃ | 時 分測定 ℃ | 今朝ある全ての症状に ○をつけてください。 熱 下痢 吐き気 嘔吐 咳コンコン ゼロゼロ 咳ゴホンゴホン 目やに 鼻汁 腹痛 咽頭痛 頭痛 発疹 その他 |
| 機嫌 | 不良一普通一良 | 不良一普通一良 | |
| 睡眠状況 | ()時就寝(良眠・不眠) | ()時起床 | |
| 食欲 | 不良一普通一良 | 不良一普通一良 | |
| 水分摂取 | 不良一普通一良 | 不良一普通一良 | |
| 排便 | 普通一軟便一下痢 | なし一普通一軟便一下痢 | |
| | なし(最終排便日 /) | | |

| | | | |
|------------|------------------------------------|--|--|
| 内服 | あり ・ なし | 持ち物(○で囲む)※持ち物には記名をお願いします | |
| 朝の内服 | 1.今朝、内服をした 内服時間(時 分) | <ul style="list-style-type: none"> ・お弁当 ・おやつ ・食事用エプロン ・食事用お箸セット ・ミルク ・哺乳瓶、マグマグ・コップ ・水筒 ・ペットボトル、ジュース ・オムツ ・おしり拭き ・タオル(手拭き用、体拭き用) ・バスタオル | <ul style="list-style-type: none"> ・着替え ・歯ブラシ ・筆記用具、学習道具 ・おもちゃ |
| | 2.今朝、内服をしていない | | |
| 熱さまし | 1.使っている (日 時 分使用) | <ul style="list-style-type: none"> ・その他 | |
| | 2.使っていない | | |
| 家庭での薬の飲ませ方 | | | |
| お迎え | 時 分 お迎えに来られる人 ()翌日の利用(する・しない・検討中) | | |
| 給食の有無 | 有 無 | アレルギーの有無 | 有 無 |
| ミルクの1回量 | | アレルギーの種類 | スタッフサイン |
| 家庭より | | | |

氏名() 年 月 日()

| 保育室での様子 | | | | | | | | | | | 担当者より | |
|------------------|------|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|
| 体温 | (°C) | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | | | | | |
| | 40 | | | | | | | | | | | |
| | 39 | | | | | | | | | | | |
| | 38 | | | | | | | | | | | |
| | 37 | | | | | | | | | | | |
| | 36 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| SPO ₂ | | | | | | | | | | | 利用時間 ~ 1日・延長 時間 分 利用料 円 担当者 利用者 | |
| 鼻水 | | | | | | | | | | | | |
| 咳 | | | | | | | | | | | | |
| 喘鳴 | | | | | | | | | | | | |
| 尿 | | | | | | | | | | | | |
| 便 | | | | | | | | | | | | |
| 機嫌 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 水分 | | | | | | | | | | | | |
| ミルク | | | | | | | | | | | | |
| 睡眠 | | | | | | | | | | | | |
| 薬 | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | | | | | | | | | | | | |
| 遊び | | | | | | | | | | | | |
| 時間 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | | | | | | |