

利用日 令和 年 月 日

病児病後児保育室ふわり 病状シート


ふりがな	男・女	歳	ヵ月	体重	Kg	本日の緊急連絡先 院内・院外 連絡先 () 本日の迎え予定時間 父・母・ その他 (:) ※お迎えが変更になる場合は053-435-2699までご連絡下さい。
お名前						

本日のお子様の様子をご記入下さい。	保育室で投薬するお薬があればご記入下さい。	喘息・アレルギー・けいれん・てんかん情報
-------------------	-----------------------	----------------------

いつから ()	薬剤名	投与方法	投与時間	投与者	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終発作 歳 ヵ月 発作時吸入薬 ()
<input type="checkbox"/> 発熱 ℃ 解熱剤使用最終 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咳戻し <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 嘔吐 回/日 <input type="checkbox"/> 下痢 回/日 水様・泥状・軟便 <input type="checkbox"/> いつも比べ元気がない <input type="checkbox"/> 水分がいつもより少ない <input type="checkbox"/> その他 ()	①		:			
	②		:		アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アレルギー詳細 ()
	③		:		熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終発作 歳 ヵ月 計 回
	④		:		てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終発作 歳 ヵ月 計 回

時間	()	()	()	()	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
体温															
内服薬															
外用薬															
処置・症状															
尿・便															
睡眠															

食事水分	朝食 (:)	昼食 (:)	給食・持ちこみ	おやつ	ミルク (対象児のみ)
					: ml
					: ml
					: ml

保育室での様子	入室・退室時チェックリスト	給食費受領印
	<input type="checkbox"/> 登録申込書住所・連絡先確認 (修正は赤で記載) <input type="checkbox"/> アレルギー・予防接種・既往歴確認 (修正は赤で記載) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 乳幼児受給者証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 園の連絡帳 <input type="checkbox"/> 薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 持参薬 (内服・点眼・軟膏・座薬) <input type="checkbox"/> 持参の哺乳瓶 (本) <input type="checkbox"/> その他	

※キャンセルされる場合は、必ず7:30までに留守番電話(ふわり☎053-435-2699又は内線2699)へお名前とキャンセルの旨をお伝えください。