

病児保育連絡票

児童名【

】【 】歳【 】ヶ月

日付	年 月 日 ()		症状及び病名																									
体温	家庭での様子		病後児保育室での様子 時間																									
	平熱	℃																										
	夜 時	℃																										
	朝 時	℃	<table border="1"> <tr><td>40.0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>39.0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>38.0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>37.0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>36.0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	40.0					39.0					38.0					37.0					36.0				
40.0																												
39.0																												
38.0																												
37.0																												
36.0																												
薬	解熱剤 座薬等	<input type="checkbox"/> 使用()時 <input type="checkbox"/> 使用せず		解熱剤 <input type="checkbox"/> 使用()時()個 投薬 <input type="checkbox"/> 投薬した()時()分																								
	内服薬	<input type="checkbox"/> 朝、内服した <input type="checkbox"/> 朝、内服せず																										
	外用薬	<input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用しない																										
項目	状態			時間																								
鼻水 せき その他	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない()		一日の様子 ・入室()時()分 AM8 9 10 11 12 PM1 2 3 4 5 6 ・退室()時()分																									
嘔吐	夜 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()回 朝 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()回																											
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()回 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 最終便()月()日()時																											
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない																											
水分量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない																											
食事	夕食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない																										
	朝食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない																										
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い																											
睡眠	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い																											
投薬依頼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 粉末・シロップ 外用薬・その他 ()																											
	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食間																									
花てまり からの 様子や 連絡等	記録者()		緊急時の診察等について(○印をつけて下さい) ・承諾します 署名(保護者名) ・承諾しません																									

※氏名・年齢及び太枠内のみ記入してください。

医療法人社団萌気会

萌気園浦佐診療所付属 病児保育室 花てまり