



20 年 月 日

☆おうちでの様子をお聞かせ下さい。

ペンギン保育室 ご利用にあたって

おなまえ

( 才 ヶ月)

☆保育中の緊急時に必ず連絡のとれる連絡先

①TEL (お名前)

②TEL (お名前)

☆本日の保育希望時間( : ~ : )

お迎えに来る方: 父 ・ 母 ・ その他 ( )

☆今回のご病気に関して処方されている薬及び常備薬について

今回処方されている薬を袋ごと全てお持ち下さい。尚、本日保育室で使用する薬には、お名前をフルネーム(ひらがな)で書き、問診時に看護師に渡して下さい。他院処方薬をお持ちの方は、お薬手帳か処方内容がわかるものもお持ち下さい。

☆本日持参の薬: 無 ・ 有 ( 種類)

☆今朝の内服時間: ( : ) 飲める ・ 苦手

☆お子様について、本日困っていること・心配な事などを記入して下さい。

[ ]

☆体温: 昨晚( °C) 今朝・今( °C)

☆解熱剤・坐薬等の使用: 無 ・ 有 ( 時)

☆熱性けいれん既往: 無 ・ 有 (今回: 無 ・ 有 )

☆ダイアアップの使用: 無 ・ 有 (1回目 時 2回目 時)

☆機嫌: 良い ・ 普通 ・ 悪い

☆食欲: ある・少ない・ない (水分は: 摂れる ・ 摂りにくい)

☆今朝の食事の時間:( : )

内容( )

☆睡眠: 眠れている ・ 眠れていない (高熱 ・ 咳)

☆睡眠時間:( : ~ : )

☆咳: ない ・ 少ない ・ 多い (乾性 ・ 痰がらみ)

☆鼻汁: ない ・ 少ない ・ 多い (水鼻・青鼻)

☆痛み: 無 ・ 有 (頭・喉・お腹・その他)

☆最終排尿時間:( : )

☆最終排便時間:( : ) (普通 ・ 軟 ・ 下痢)

☆下痢: してない ・ している ( 日から 回) (昨日 回、今日 回 水様 ・ 泥状 ・ )

☆嘔吐・吐き気: 無 ・ 有

( 日の 時頃から 回 最終 日 時)

☆発疹: 無 ・ 有 (顔・お腹・お尻・口・その他)

..... 切り取り線 .....