月　　日　　曜日　　　　氏名　　　　　　　　　　　歳　　ヵ月

保険証番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭での様子 | | | | | | | |
| ・体温　　昨夜　　　℃　　　　　　　　　　・嘔吐　　なし　　あり（　　回）  　　　　　今朝　　　℃　　　　　　　　　　・下痢　　なし　　あり（　　回）  ・咳　　　なし　　あり（多・少）　　　　　・食欲　　普通　　なし  ・鼻水　　なし　　あり（多・少） | | | | | | | |
| ・薬（持参）　　　　　なし　　あり・内服（食前・食後）・外用薬（点眼等）  ・熱性けいれん　　　　なし　　あり（　　回）  ・食物アレルギー　　　なし　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・哺乳希望時間及び量　　　　時頃　　　ml・　　時頃　　　ml・　　時頃　　　ml | | | | | | | |
| ・お迎え予定  　　　時　　　分頃（父・母・祖父母） | | | | | ・本日の緊急連絡先  　電話①　　　　－　　　　　－　　　　（父・母・祖父母）  　電話②　　　　－　　　　　－　　　　（父・母・祖父母） | | |
| <看護師記入欄>　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　未納　・　入金 | | | | | | | |
| 病後児保育室での様子 | | | 病名： | | | | 主治医： |
| 時間 | 睡眠 | 体温 | 便 | 食事・薬・おやつ | | 状態・処置・その他 |  |
| ８  ９  １０  １１  １２  １３  １４  １５  １６  １７  １８ |  |  |  |  | |  | 保育士から |
| 看護師から |

**※お子様の健康状態を把握するため、太枠内をご記入ください。**　・緊急時の対応について　承諾済・未承諾