

当日利用票

年 月 日

児童の名前		男女	生年月日	年 月 日	体重
本日の 緊急連絡先①	氏名	続柄	携帯・職場	職場から保育園の所要時間	
本日の 緊急連絡先②	氏名	続柄	携帯・職場	職場から保育園の所要時間	
お迎え時間			お迎え者		
食物アレルギー	無・有				
その他のアレルギー	無・有 薬物など				
熱性けいれんの既往	無・有 けいれん止めの使用				
喘息の既往	無・有 吸入薬				
薬の飲ませ方	水薬：スポット・スプーン・コップ・その他 粉薬：ゼリー・スプーン・コップ・練状・その他				
排尿	自立・おむつ・トイトレ				

今回の症状についてお書きください。

現在までの治療		昨日どのように過ごしていましたか
① 外来治療を受けた ② 入院治療を受けていた ③ 治療は受けていない		① 自宅安静 ② 保育園・幼稚園に通っていた ③ 病児保育を利用していた
症状	熱	無・有…いつから　月　日から 今日の体温
	咳	無・少・多…痰がらみ・乾いた咳
	鼻水	無・小・多…水様・ねばねば・鼻詰まり
	下痢	無・有
	嘔吐	無・有
	食欲	無・少・有　朝食（食べた・食べていない）朝食時間（　　） 普段のミルク（　時間おき・1回　　cc）朝のミルクの量（　　）
	水分	充分・少ない・無　（飲み方：　　）
	機嫌	良・大人しい・悪
	発疹	無・有…部位
	睡眠	良眠・浅い・不眠
その他の症状		

☆昨日から今朝までの症状は（改善している・かわらない・悪化している）

お薬	持参の薬	無・
	内容	抗生素・咳の薬・整腸剤・その他()
	朝の薬	飲んでない・飲んだ…薬を飲んだ時間()
	解熱剤	未使用・使用…使用した時間()
	吸入治療	無・有…使用した時間()
	初めて使う薬が(無・有…薬の種類))
その他 気になること・ご要望があれば記載 してください		

病児保育中、高熱時の解熱剤 (座薬)の使用について	① 希望する(℃以上になったら使ってほしい) ② できるだけ使用しないでほしい ③ 病児保育室の判断に任せる
予防接種について	インフルエンザ
	麻疹(はしか)・風疹

- | 今年 | 去年 | 月 | 日 |
|-------|------------------|-------------------|---|
| ① 未接種 | ② 接種してから1ヶ月たっている | ③ 接種してから1ヶ月たっていない | |

