

家庭での様子(病児保育)

記入日:令和 年 月 日

お子様名:		(男・女)	年齢:	歳	か月	()年生
本日の連絡先		電話番号(- -) 父・母・その他()				
本日のお迎え		時間(: ごろ) 誰が()				
症状について		いつから ()日ごろから どのような症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()				
使用した薬	内服薬	使用した・使用していない 薬剤名() 使用日時(月 日 :)				
	解熱剤	使用した・使用していない 薬剤名() 使用日時(月 日 :)				
	痙攣止め	使用した・使用していない 薬剤名() 使用日時(月 日 :)				
解熱剤利用時の電話連絡⇒(要 ・ 不要)						
		昨夕の様子			今朝の様子	
体温		(:) °C			(:) °C	
機嫌		良い ・ 普通 ・ 悪い			良い ・ 普通 ・ 悪い	
鼻汁		多い ・ 少ない ・ ない			多い ・ 少ない ・ ない	
咳		多い ・ 少ない ・ ない			多い ・ 少ない ・ ない	
ゼーゼー		多い ・ 少ない ・ ない			多い ・ 少ない ・ ない	
嘔吐		なし ・ あり(回) 最終: 月 日(:)				
排便		普通 ・ 軟らかい ・ 水様 (回数 回)			普通 ・ 軟らかい ・ 水様 (回数 回)	
排尿		多い ・ 普通 ・ 少ない				
睡眠		眠れる ・ なんとか目が覚める・眠れない				
水分		摂れる ・ 少ない			摂れる ・ 少ない	
食欲		普通 ・ 少量 ・ 食べられない			普通 ・ 少量 ・ 食べられない	
食事		食べたもの () ミルク(ml、最終 時)			食べたもの () ミルク(ml、最終 時)	
伝えておきたいこと						

