



健康状態連絡票



利用日	令和 年 月 日 ()	生年月日	平成・令和 年 月 日
氏名			歳 ヶ月
退室予定時刻	時 分 (送迎者氏名 続柄)	緊急連絡先 (必ず繋がる連絡先)	① - - 続柄 (携帯・職場) ② - - 続柄 (携帯・職場)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		熱性けいれん <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (ダイアアップ 無・有)

家庭での様子

体温	平熱	℃		機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
	昨夜	:	℃	睡眠時間	: ~ :
	今朝	:	℃		<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 時々起きる <input type="checkbox"/> 悪い
食欲	前日夕食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 食べない	水分	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 飲めない	
	当日朝食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 食べない	排便	最終排便 / :	
現在見られる症状に ✓	<input type="checkbox"/> 発熱	発熱した日時 / :	保育中の服薬 (ある方のみご記入下さい)		
	<input type="checkbox"/> 咳	いつから / 頻度: 多 中 少	利用申込 (電子申請) におくすり情報添付		
		<input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 鼻水	いつから / 量: 多 中 少	□内服薬 (食前・食後)		
		<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> ねばねば <input type="checkbox"/> さらさら		薬剤名: □粉末 (包) □シロップ	
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	いつから / 回数 回/日	【与薬方法】		
		最後の嘔吐 / :	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 溶かす <input type="checkbox"/> ねる		
<input type="checkbox"/> 下痢	いつから / 回数 回/日				
	<input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 泥 <input type="checkbox"/> 水				
<input type="checkbox"/> 発疹	いつから / 部位 ()	□外用薬 薬剤名: 塗る部位:			
<input type="checkbox"/> その他			□点眼薬 薬剤名: □両目 <input type="checkbox"/> 片目 (右・左)		
日常生活	午睡	<input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> トントン <input type="checkbox"/> おんぶ		☆伝えておきたいこと☆	
	午前寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (分くらい)			
	食事	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助も必要 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> オムツ内			
	着用	<input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
好きな遊び 好きなもの					



病後児保育室での様子

機嫌	午前	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		検温	入室時 (:) °C
	午後	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い			給食前 (:) °C おやつ前 (:) °C
おやつ	午前	<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし		咳	(:) °C (:) °C
	午後	<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度: 多 中 少)
食事	<input type="checkbox"/> 完食 <input type="checkbox"/> 割		□痰がらみ <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> ()		
	<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし		鼻水		
与薬	:	与薬者		嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (量: 多 中 少)
	:	与薬者			<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> ねばねば <input type="checkbox"/> さらさら
睡眠	:	~ :		湿疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (合計 回)
	:	~ :			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位)
排尿	回数 () 回		その他		
排便	:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 泥 <input type="checkbox"/> 水		☆1日の様子☆	
	:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 泥 <input type="checkbox"/> 水			

