

年 月 日( )

※太枠の中をご記入ください。  
※裏面の記入もお願いします。

保護者 住所

フリガナ  
氏名

児童名	フリガナ	男・女	年 月 日生( 歳)									
利用事由	1. 勤務の都合 2. その他(傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他( ))											
利用希望 期間 <small>(定員等の都合により、ご希望に添えない場合がございます。)</small>	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)											
	月 日( ) : ~ :	月 日( ) : ~ :										
	月 日( ) : ~ :	月 日( ) : ~ :										
症状	(いつから、どのような)											
昨日・今日の家庭の様子		今日の様子										
体温	夜(時間) °C	時間(朝~) 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18										
	朝(時間) °C											
鼻水	多い・少ない・無し	熱 40°C										
咳	多い・少ない・無し	39°C										
嘔吐	昨日 無・有( 回)	38°C										
	今日 無・有( 回)	37°C										
便	無し・普通・軟便・泥状便・水様便 ( 回 時)	36°C										
尿	いつもと同じ・少ない	主症状( )										
発疹	有・無	主症状( )										
睡眠	時 分~ 時 分 良眠・やや不眠・不眠	食事(おやつ)										
機嫌	良・悪	水分										
水分摂取	夜 多い・普通・少ない	睡眠										
	朝 多い・普通・少ない	排泄○尿 ●便(状態)										
食事	夕食: 食事内容 (量: 普通・少量)	内服										
	朝食: 食事内容 (量: 普通・少量)	処置										
薬	内服薬 有・無	保育士より										
	当院 他院	看護師より										
	朝(時 分) 朝(時 分) 昼(時 分) 昼(時 分)											
	薬の飲み方(とかす・練る・そのまま) 頓服の使用 有(時 分)・無 坐薬の使用 有(時 分)・無 (内容: 解熱・痙攣止め・吐気止め)											
アレルギー制限食	無・有( )											
迎えの方の名前	本人との関係( )											
迎えの方のTEL												
お迎えの時間												
緊急連絡先												
① 氏名	本人との関係( )											
連絡先												
電話番号												
② 氏名	本人との関係( )											
連絡先												
電話番号												
来院時間	時 分	お迎え時間										
入室時間	時 分	時 分										

医師

看護師

保育士

# 持ち物チェックリスト

弁当持込	有・無	おやつ(午前・午後)持込	有・無
<b>必需品</b>		<b>必要に応じて</b>	
<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> パジャマ <input type="checkbox"/> 手拭き用ミニタオル 3枚 <input type="checkbox"/> 昼寝用バスタオル(大判) 2枚(掛・敷) ※冬は毛布やブランケットをご持参ください <input type="checkbox"/> ビニール袋(汚物入れ)3枚 <input type="checkbox"/> 防水シート ※無い場合は1枚100円で使い捨て防水シートを購入できません <input type="checkbox"/> 食事用エプロン(未満児または必要な場合) <input type="checkbox"/> マスク ※代え用もご持参ください <input type="checkbox"/> おくすり手帳 <input type="checkbox"/> イオン飲料水(発熱・下痢・嘔吐のあるお子様)		<input type="checkbox"/> オムツ ※普段より多め ※おねしょ等の心配がある方は必ずご持参ください <input type="checkbox"/> お尻拭き <input type="checkbox"/> 飲み物(番茶は施設で用意します。) <input type="checkbox"/> ベビー用マグ <input type="checkbox"/> 哺乳瓶・ミルク ミルク( )時に( )ml ミルク( )時に( )ml ミルク( )時に( )ml	
<b>お薬(袋ごと全てお持ちください)</b>		<b>その他 持ち物</b>	
<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 頓服(とんぷく) <input type="checkbox"/> 坐薬(解熱・痙攣止め・吐気止め) <input type="checkbox"/> 塗り薬 ※綿棒をご持参ください <input type="checkbox"/> 点眼薬 ※クリーンコットンをご持参ください			

特別なご要望等がありましたらご記入ください。

救急時の処置についてお伺いします。  
 使用の可・不可について○をおつけください。

坐薬	解熱剤	(薬品名:アンヒバ)	可・不可
	熱性痙攣	(薬品名:ダイアップ)	可・不可
	嘔吐時	(薬品名:ナウゼリン)	可・不可

点滴			可・不可
----	--	--	------

検査			可・不可
----	--	--	------

※ お子様の病状や緊急時の処置等によっては、緊急連絡先に連絡させて頂く場合がございます。必ずご連絡が繋がる様、宜しくお願い致します。