

ふりがな 氏名	男 体重 Kg 女 呼び名 ()	*食事はとれていますか? 昨日の夜 (食べた・少量・食べない) 今朝 時 分 (食べた・少量・食べない) 水分はとれていますか? 食べ物の好き嫌いはありますか?		*体温 昨日の午前 °C 今朝 °C	夜 °C
生年月日 西暦 (歳 カ月)	年 月 日 (歳 カ月)			*今朝薬を飲みましたか? はい いいえ 服薬時間【 時 分 】	
*熱性けいれん あり なし	*最終けいれん 歳 カ月			*解熱剤は使用しましたか? いいえ・はい 昨日 時 分 今日 時 分	
*けいれん止め坐薬 (使用した・使用していない) 【 時 分 ・ 時 分 】					
*病名	*発症はいつですか 月 日			*入眠時の癖 なし あり	
*機嫌は良いですか? 良い 悪い	症状についてご記入ください				
*食物アレルギー なし・あり 卵 乳 小麦 大豆 その他 ()	咳	なし 少ない 多い (ゴホゴホ コンコン ケンケン)		*その他保育上の留意点など	
(乳児のみ) *離乳食 (前期 中期 後期 完了期)	喘鳴	なし あり 吸入していない・した 時 分		【家庭での様子をご記入ください】	
*おやつは食べていますか? (食べていない 食べている)	鼻水	なし 少ない 多い (水鼻 黄色 黄緑)			
*今朝の授乳時間 (時 分 cc) 授乳間隔 時間毎	発疹	あり (部位) なし			
看護師記入欄 投薬 あり なし 朝の分を与薬 抗生剤 ステロイド薬 (飲み薬) 整腸剤 吐き気止め 坐薬 () 解熱鎮痛剤 ・ 目薬 ・ 塗り薬 ・ 吸入薬 食べたことのない食材 () アクアソリタゼリー 可 不可 アクアソリタ飲料 可 不可	嘔吐	なし あり 回 泣いている時・咳込み・飲食時 最後の嘔吐 時 分 嘔吐後の飲食 なし 食べた 時 分 水分 約 cc			
	便	なし ・ 普通便 軟便 泥状便 水様便 排便日 日 回数 ()		*お迎えの時間 時 分 続柄 父 母 その他 () 氏名	
	尿 睡眠	少ない ・ 普通 ・ 多い 良 不眠 (咳がひどい 高熱 嘔吐下痢 時 分 ~ 時 分			
みかわこども園 病児保育室マハナ					