



病児保育室 ゆりかご入室時記入用紙

名前	ちゃん (男・女)	利用日	年	月	日 ()
		生年月日	年	月	日
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			体重	kg

症状等	今日までのご様子を教えてください ※継続利用の場合は昨夜の様子をお書きください	入退室時荷物確認		
		預	持ち物	返
熱	<input type="checkbox"/> あり(から) <input type="checkbox"/> なし 最高()°C 解熱剤 時使用 朝の体温 °C		薬(1回分の小分けにしておいて下さい) 薬剤情報提供書またはお薬手帳 昼食・ミルク(哺乳瓶必要数) 飲物(お茶・水・経口補水液)	
けいれん	<input type="checkbox"/> あり(いつ) <input type="checkbox"/> なし けいれん止め 時使用		好きな飲み物(ジュースなど) おやつ(2回分)	
咳	<input type="checkbox"/> あり(から) <input type="checkbox"/> なし		お箸・スプーン・フォーク・コップなど必要数	
げーげー	<input type="checkbox"/> あり(から) <input type="checkbox"/> なし		食事用エプロン(3枚)・口拭きタオル(3枚)	
鼻水	<input type="checkbox"/> あり(から) <input type="checkbox"/> なし		フェイスタオル2枚	
発疹	<input type="checkbox"/> あり(から) <input type="checkbox"/> なし		着替え上下2~3セット・スタイ(必要数)	
嘔吐	<input type="checkbox"/> あり(から) <input type="checkbox"/> なし 昨日 回 最終 日 時 吐き気止め 時使用		紙おむつ(必要数)・おしり拭き 午睡用上下(バスタオル・フリース・毛布など)2枚 汚れもの入れ(ビニール袋・レジ袋など)3枚	
	便	<input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便 回 <input type="checkbox"/> なし いつから()		利用料金 母子手帳
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		マスクの替え(必要に応じて多めに)	
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い		その他	
睡眠	: ~ : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良			
食欲	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良			
夕食	内容()			
朝食	内容()	お迎え予定		
水分	<input type="checkbox"/> 摂取良好 <input type="checkbox"/> 摂取不良			
与薬方法	<input type="checkbox"/> そのまま飲める <input type="checkbox"/> 水に溶かして <input type="checkbox"/> () に混ぜて <input type="checkbox"/> その他 ()	お名前 _____ 続柄() お迎え時刻 _____ 時 _____ 分ごろ		

日常生活について (初日のみ記入して下さい)			
水分	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> 哺乳瓶	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツ使用 <input type="checkbox"/> トレーニング中
食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 一人で食べるが介助必要 <input type="checkbox"/> 要介助		
午睡	<input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> トントンされて寝る <input type="checkbox"/> 抱っこで寝る <input type="checkbox"/> 午睡時オムツ使用 <input type="checkbox"/> 午睡していない		
発達	<input type="checkbox"/> 支え無しでお座り <input type="checkbox"/> ハイハイ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> 歩き始め <input type="checkbox"/> 一人で歩く		

今までかかった病気 (初日のみ記入して下さい)	※かっこには病気になった年齢を書いて下さい
<input type="checkbox"/> けいれん() <input type="checkbox"/> 喘息() <input type="checkbox"/> その他()	
常に使用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

<委任状> 緊急の場合の病院受診について
保護者の到着までは、すべてを病児保育室ゆりかごに委任します
保護者名()
緊急連絡先 (母携帯・父携帯・職場・その他) / ☎ ()

継続
:
受付者名