

○保護者記入欄 年 月 日 お子様の氏名：

緊急連絡先	※日中必ず繋がる連絡先												
解熱剤使用	使用時の電話連絡⇒ (不要 ・ 要)												
熱性痙攣既往	無・有 (最終 才 ヶ月)												
痙攣予防薬使用	① 月 日 時 分 ② 月 日 時 分												
アレルギー有無	無・有 () ●体重: kg												
朝の薬	未・済 (:) 解熱剤 (:)												
家庭での様子	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
体温													
尿													
便													
睡眠													
水分 (ミルク)													
薬・処置													
その他 (嘔吐等)													
諸症状等	鼻 水 / 多い・少ない・ない せ き / 多い・少ない・ない ゼロゼロ / 多い・少ない・ない 食 欲 / ある・少ない・ない						朝 食 						
病状経過 お子様の様子	病気の経過・お子様の機嫌・心配なこと等をお書き下さい。 												

○施設記入欄 (病名:) 病児保育室リトルベア (本園・WEST・谷町)

昼の薬	粉 ・ 水 ・ 点眼 ・ 塗薬 ・ その他 ()																		
昼食	施設 (ごはん/ 普通 ・ お粥) ・ 持参 除去: ミルク:																		
お迎え	: (父・母・他) ●明日の利用希望: 無・有 電話: 要																		
持参物	解熱剤 (坐薬・粉薬・錠剤) 水薬・目薬・塗薬・飲食物・哺乳瓶・マグ・靴下																		
施設での様子	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19							
体温																			
尿																			
便																			
睡眠																			
水分 (ミルク)																			
薬・処置																			
その他 (嘔吐等)																			
食事	おやつ (:)						昼食 (摂取量) おかず ごはん (おかゆ)												
	おやつ (:)						お茶碗 杯 (:)												
病状経過 お子様の様子																			
入室																			
担当																			
退室																			
担当																			