

○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 ）											
痙攣・てんかん	無・有 → 熱性・無熱性・てんかん（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	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ー (本園・WEST・谷町)

[illegible]