○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）

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 ・ 靴											
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	昼食（摂取量）　　おかず ごはん（おかゆ） お茶碗　　杯 （　：　）	おやつ（　：　）
病状経過 お子様の様子		
入室		
担当		
退室		
担当		