

視診表および保育記録

西暦20 年 月 日 ()

氏名		男・女	歳 ヶ月	病名			診察日 / .	
保育園名		緊急連絡先1(父・母・その他) TEL			緊急連絡先2(父・母・その他) TEL			
本日のお迎え		父・母・その他() 時 分		利用希望予定		月 日から 日間希望・ 本日のみ 明日は(: ~ : まで利用)		
本日の薬 <small>お薬手帳持参ください 医師連絡票に記入のない薬は預かりません</small>		有	薬名() □溶かす 食前・食後 包・個 □そのまま 食前・食後 包・個					
		無	頓服: (座薬・飲み薬・塗り薬) 名称() 1回使用量 . mg /個・包					
		頓服の使用について	1, 出来るだけ使用しないでほしい 2, 希望する a: °C以上で(状態関係なし) (ぐったり時) mgを 個・袋使用してほしい b: 職員の判断に任せる(基本状態が悪くなければ使用致しません) ※ 解熱剤の頓服使用時の連絡について 連絡要・不要 (注: 体温やお子様の状態で、必要時には必ず連絡させていただきます)					
		ひきつけ痙攣 無・有 最終日(年 / 歳 ヶ月) (痙攣時予防の薬ダイアップ 無・有)						
家庭での様子	熱	発症 日 時頃から °C、前夜 時最高 °C、解熱剤使用せず・使用(日 時)						
	嘔吐	いつ~(日 時頃~ 回)最終(日 時)量:多・少(), 吐き気: 無・有						
	咳	多い・少ない・なし	鼻水	多い・少ない・なし	発疹	無・有	体重	kg
	尿	普段どおり・少ない		便	無・普通・軟便・下痢、最終便(/)			
	下痢	いつ~ 日 回/日、今朝(回)、量:多・少()						
	睡眠	良眠・不眠・普段から覚醒あり 園・学校での流行 無・有()						
	その他	※保育中の配慮・注意が必要な事があればご記入ください。(お好きなキャラクター、おもちゃ等、情報があれば教えて下さい。)						
	食欲	無・有	朝食(食べた物)	ミルク	最終 時	cc・普段	cc/ 回	
	痙攣	無・有(いつ °Cでおきた)以後の医師の指示は? 痙攣時予防の薬ダイアップ 無・有						
	アレルギー	無・有(エピペン 無・有)						

上記のとおりエキスポキッズの利用を申し込みます。なお、利用期間中は施設の指示に従います。
薬を職員と確認した上、投薬の責任は保護者であることに相違ありません。

西暦20 年 月 日 保護者氏名

↑太ワク内を記入し、利用日当日に持ってきてください。

熱(°C)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
食事・水分												
排尿												
排便												
与薬・処置												
症状	咳 なし/あり() 鼻水 なし/あり()											
右→ 左← 上↑ 下↓ ひっくり返す ○	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55

入園児	A・B	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 同意書コピー	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> マグ	お迎え時間
一時預かり	C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 視診表	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水筒	
にこにこ→エキスポ	一般	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> お約束) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> お薬手帳	持ち帰り荷物確認しました。
	適用外	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 薬()		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他持ち物()