



# 健康状態連絡票

利用日	令和 年 月 日 ( )	生年月日	平成・令和 年 月 日
氏名			歳 ヶ月
退室予定時刻	時 分 (送迎者氏名 続柄 )	緊急連絡先 (必ず繋がる連絡先)	① - - 続柄 (携帯・職場) ② - - 続柄 (携帯・職場)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( )	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (ダイアアップ 無・有)

## 家庭での様子



体温	平熱	℃	機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い	
	昨夜	:	睡眠時間	: ~ :	
	今朝	:	℃	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 時々起きる <input type="checkbox"/> 悪い	
食欲	前日夕食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 食べない	水分	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 飲めない	
	当日朝食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 食べない	排便	最終排便 / :	
現在見られる症状に ✓	<input type="checkbox"/> 発熱	発熱した日時 / :	保育中の服薬 (ある方のみご記入下さい)		
	<input type="checkbox"/> 咳	いつから /	頻度: 多 中 少	利用申込 (電子申請) におくすり情報添付 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> なし	
		<input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> ( )			
	<input type="checkbox"/> 鼻水	いつから /	量: 多 中 少	<input type="checkbox"/> 内服薬 (食前・食後)	
		<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> ねばねば <input type="checkbox"/> さらさら		薬剤名:	
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	いつから /	回数 回/日	<input type="checkbox"/> 粉末 ( 包)	
		最後の嘔吐 /	:	<input type="checkbox"/> シロップ	
<input type="checkbox"/> 下痢	いつから /	回数 回/日	【与薬方法】		
	<input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 泥 <input type="checkbox"/> 水		<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 溶かす <input type="checkbox"/> ねる		
<input type="checkbox"/> 発疹	いつから /	部位 ( )	<input type="checkbox"/> 外用薬 薬剤名:		
<input type="checkbox"/> その他			塗る部位:		
日常生活	午睡	<input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> トントン <input type="checkbox"/> おんぶ	<input type="checkbox"/> 点眼薬 薬剤名:		
	午前寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する ( 分くらい)	<input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 片目 (右・左)		
	食事	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助も必要 <input type="checkbox"/> 全介助	☆伝えておきたいこと☆		
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> オムツ内			
	着用	<input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
	好きな遊び 好きなもの				

## 病後児保育室での様子

機嫌	午前	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い	検温	入室時 ( : ) °C
	午後	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		給食前 ( : ) °C おやつ前 ( : ) °C ( : ) °C ( : ) °C
おやつ	午前	<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし	咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度: 多 中 少 )
	午後	<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし		<input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> ( )
食事	<input type="checkbox"/> 完食 <input type="checkbox"/> 割		鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (量: 多 中 少 )
	<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし			<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> ねばねば <input type="checkbox"/> さらさら
与薬	:	与薬者	嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (合計 回)
	:	与薬者		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 )
睡眠	:	~ :	発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 )
	:	~ :		その他
排尿	回数 ( ) 回		☆1日の様子☆	
排便	:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 泥 <input type="checkbox"/> 水		
	:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 泥 <input type="checkbox"/> 水		