

ふりがな			呼び名	登録番号	わかば( ) クリニック( )	
お名前	男 女	生年月日	平成	年	月	日生
			令和	(	歳	ヶ月)
緊急連絡先		名前 (続柄)	電話番号(勤務先・携帯)	熱性痙攣		なし・あり → 計 回
お迎えの方		名前 (続柄)	お迎え時間			保育室までの所要時間
アレルギー	なし・あり → 薬名・食品名 ( )		母子手帳変更 あり・なし		マイナ保険証 あり・なし	
お昼寝の時間	( : ) ~ ( : ) / ( : ) ~ ( : )		インフルエンザ	今年の予防接種 未接種・1回済・2回済		
かかりつけ病院			※流行期のみ記入してください。	今年はおかかっていない・今年かかった → 年 月		

【症状経過】いつから、どのような、受診の状況 (前日利用された方は、帰宅後の様子)		今朝使用した薬はありますか?
※その他伝えたいこと(好きなもの・安心するもの・寝る時の癖等)がある場合、ご記入ください。		※朝分の投薬は済ませてきてください。
発熱	なし・あり → 月 日から / (昨夜 °C)(今朝 °C)	・内服薬 なし・あり → 時間( : ) 薬名 ( )
咳	なし・あり → 時々・頻繁・起きている時・寝ている時 コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン・痰がからむ	・その他 なし・あり → 時間( : ) 吸入薬・坐薬・外用薬(テープ・軟膏) 薬名( )
鼻水	なし・あり → 少し・多い・サラサラ・ネバネバ 色が付いている・鼻づまり	本日保育室で投薬はありますか?
嘔吐	なし・あり → 時々・頻繁( 回) / 最後の嘔吐( 日 時)	・内服薬 なし・あり → 時間( : ) 薬名 ( )
尿	普段通り・普段と違う → 少ない・多い・色が濃い / 今朝 回	・その他 なし・あり → 時間( : ) 吸入薬・坐薬・外用薬(テープ・軟膏) 薬名( )
便	普段通り・普段と違う → 便秘・下痢 1日 回位 / 最終( 月 日) 硬い・普通・軟便・泥状・水様 白い・黒い・緑・血便・酸っぱい臭い	・薬の飲み方( ) ※お子様により、必要な内服用ゼリーやスポイトなどがある場合はお持ちください。
睡眠	良眠・時々起きた・不眠 睡眠時間 ( : ) ~ ( : )	ミルク
食事	昨夜の食欲 あり・低下気味・なし 水分 多い・普段通り・少ない (食べたもの )	今朝( : ) ml / 本日わかばで飲ませる時間と量( : / ml)( : / ml)( : / ml)
ミルク	今朝( : ) ml / 本日わかばで飲ませる時間と量( : / ml)( : / ml)( : / ml)	

【保育室記入欄】		時間	8:30	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	17:30
【医師からの指示】		体温											
・隔離度	A・B・C・D・E	食事											
・隔離室	1・2・3・4												
・安静度	I・II・III												
・発熱時対応	CL・CLのみ 解熱剤(内服・坐薬)												
・4号用紙発行	あり・なし	睡眠											
・処方薬	持参・新規・追加	尿											
・処置	鼻吸引・浣腸・吸入 その他( )	便											
・検査		咳・鼻水											
【特に注意する観察事項】		薬 (なし・あり)											
1. 明日症状がなければ登園可能です。		処置 (なし・あり)											
2. 明日の登園はお控え下さい。		その他											
3. かかりつけ医の受診をおすすめします。													
4. 科の受診をおすすめします。													
5. かかりつけ医の指示に従って下さい。													
6. 経過を観察してください。													
【保育中の様子】													