

入室日	年 月 日 ()	主症状	① 月 日 (:) ② 月 日 (:)			
ふりがな 名前		発熱	最も高い時: 月 日 (:) °C 解熱剤使用回数 (回) 薬剤名:			
病名		登校(園)許可証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
入室前日～当日 家庭での様子			保育室での様子			
体温	平熱	°C	体温	: . °C	: . °C	
	昨夜	: . °C		: . °C	: . °C	
	今朝	: . °C				
薬	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用(:) 薬剤名:	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用せず <input type="checkbox"/> 持参なし <input type="checkbox"/> 使用した(:) 薬剤名:		
	朝の内服薬	<input type="checkbox"/> 内服した(:) <input type="checkbox"/> 内服なし <input type="checkbox"/> 内服できず	昼の薬	<input type="checkbox"/> 内服せず <input type="checkbox"/> 持参なし <input type="checkbox"/> 内服した(:)		
1日の様子						
鼻汁	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 鼻づまり (色:)		時間	睡眠	排泄	○水分・食事 おやつ・遊びなど ☆状態・その他
せき	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 就寝中あり		8			
嘔吐	昨日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()回		9			
	今日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()回		10			
便	<input type="checkbox"/> あり ()回 <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様)		11			
	最終便: 月 日 : 頃		12			
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		13			
水分量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		14			
食事	夕食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	15			
	朝食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない				
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い		16			
睡眠	<input type="checkbox"/> 時間(: ~ :) 就寝中目覚め(<input type="checkbox"/> あり: 咳・熱・その他)		17			
与薬 依頼	<input type="checkbox"/> 昼の薬 <input type="checkbox"/> 包・錠 <input type="checkbox"/> その他あり 昼食前・昼食後・(その他:) 飲ませ方 (溶かす・練る・そのまま)		18			(排泄)○尿 ●便 ◎尿・便
おうちの 方から			<保育室での症状> 発熱: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
緊急 連絡先	- -	続柄() 内線()	鼻水: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () その他:			

※太枠内をご記入ください。

