

# 入室時の病状連絡票

みつばちねりま

月	日	ふりがな お名前	歳	ヶ月	最近の体重	Kg
≪本日の連絡先≫ *災害時の連絡も踏まえて記入ください ① — — — 母・父・その他( ) ② — — — 母・父・その他( )					≪アレルギー≫ 無・有( )	
≪お子さまの症状≫ いつからどのような症状ですか? (*利用2日目以降の方は、帰宅後からの様子を記載してください)					≪本日のお迎え≫ 母・父・その他( ) ≪お迎え時間≫ ( )時頃	
発熱したのはいつですか? 月 日から 受診日はいつですか? 月 日					≪病児保育無償化対象の方≫ 領収書兼提供証明書の希望 (区提出用) 無・有 *認可保育園の方は、対象外です	

時間	20時	21時	22時	23時	0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	9時
体温(°C)														
排尿(○)排便(×)														
嘔吐(○)下痢(×)														
解熱剤(○で)														
吸入など(○で)														
咳	いつから( ) どんな咳(ゼイゼイ・コンコン・ゴホゴホ・ケンケン)													
その他症状	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 発疹( ) <input type="checkbox"/> 痛み( ) <input type="checkbox"/> その他( )													
鼻吸引	必要であれば吸引 <input type="checkbox"/> 可 *可の場合サイン_____ <input type="checkbox"/> 不可													
睡眠	就寝時間( )時 ~ 起床時間( )時 良い・眠りが浅い・悪い													
食事	≪食欲≫ 良い・あまり良くない・悪い ≪水分≫ 取れている・取れていない 朝食( ) 水分の摂取方法( )													
ミルク	最終ミルク時間( )時 ( )ml 「みつばちねりま」でのミルク 1回量( )ml ( )時 ( )時													
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 寝る時だけオムツ													

【お預かりするお薬について】

\*解熱剤希望の方も記入してください

「みつばちねりま」での薬： 無・有

①内服( )

②坐薬( )

\*解熱剤の使用は( )°C以上で投与

③吸入薬( )

④外用薬：目薬・ぬり薬・点耳薬 など( )

ホクナリンテープ貼付 無・有(部位 )

お薬の飲み方( )

**\*お薬手帳は、必ず持参してください**

【熱性けいれんの既往】

無・有( )回、最終痙攣( )歳( )ヶ月

抗痙攣剤の処方 無・有(使用日時 )

≪抗痙攣剤の与薬願い≫ **\*抗痙攣剤使用時は連絡します**

①使用を希望する( )°C以上になったら

②今までに使用したことが、ある・ない

抗痙攣剤投与依頼サイン

≪その他≫ 伝えたいこと、好きな遊び、お昼寝の仕方など

**\*体温が39.5°C以上の高熱時は連絡します**