

名前		年齢	歳	ヵ月	体重	kg
----	--	----	---	----	----	----

お迎え予定時間	時 分	(緊急時当院で薬を処方する時のため)
お迎えの方	(氏名) (続柄)	

ご注意 上記記入の方とお迎えの方が変更になる場合は必ず保育室に事前にお電話ください。  
当日の入室時とお迎え時は必ずインターホンを押し、お子様の名前をお知らせください。

アレルギー **【なし・あり(具体的に )】**

熱性けいれん **【なし・あり(今までの回数 回)】**  
最後のけいれんがあった日( 年 月 日)( 歳 ヵ月)(熱 の時)  
最終ダイアアップ使用日時 (1回目 月 日 時) (2回目 月 日 時)

けいれん止めについて

A 保育室(当院クリニック医師)の判断で使用してよい  
使用の際、どうしても緊急連絡先への連絡が必要な方はお知らせください  
必要な場合、緊急連絡先へ(使用前・使用后))

B ( )以上のみ使用してよい

C 使わないで様子を見る

解熱剤について

処方されていないが熱があがった場合

A 当院クリニックでの処方を希望する  
通常使用している解熱剤のタイプ (粉末・シロップ・坐薬・錠剤)  
通常使用している解熱剤の名前( )

B 希望しない

今回の症状について

発熱	ない・ある いつから( ) 昨日の最高体温( ) 今朝の体温( ) 平熱( )
解熱剤	使用していない 使用した 最後に使用した解熱剤は( 日 時)
機嫌	良い 普通 悪い
咳	出ない 出る(コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン)
鼻水	出ない 出る(水鼻・青鼻)
睡眠	寝られる 時々起きてしまう 全然眠れない 昨夜の睡眠時間( 時 分~ 時 分頃) 日常お昼寝は、していない・している( 時 分~ 時 分頃)
痛み	ない あり 顔・のど・おなか・耳(右・左)・その他( )
吐き気	ない あり( 日 時頃から 回)最後の嘔吐は( 日 時頃)
下痢	していない・している( 日 時頃から 回/日) 今日( 回)便の状態( )
水分	とれる・あまり飲めない 水分のとり方(コップで飲める・哺乳びん使用・スプーン・ストロー使用)
尿	いつもと変わりなし・やや少ない・少ない
発疹	ない あり 顔・足・おなか・おしり・背中・口・その他( ) いつから( )
食事	食欲(あり・少ない・なし) 朝食(食べた・少し食べた・食べない) お昼ごはんの時間は通常( 時 分くらい) おやつ(持参あり・なし) 保育室のおやつを(利用してよい・利用しない)
	ミルクが必要な方 粉ミルクの持参(あり・保育室のものを利用する) ミルクの量 ( 時ごろ cc)( 時ごろ cc)( 時ごろ cc)
好きなあそび	

保護者からの連絡事項(お子様の様子や伝えておきたいことなど下記にお書きください)