

# 移送事業用情報記入用紙用紙

フリガナ		性別	生年月日	H . .
氏名		男 ・ 女		歳      ヶ月

## 家庭での様子

症状	昨夜の熱 (      °C)      今朝の熱 (      °C)				
	嘔吐 : あり(昨日      回) ・ なし				
	便の状態 : あり(普通 ・ 軟便 ・ 泥状 ・ 水様)      なし(      日目)				
	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他(      )				
薬	今朝 内服      あり(名称:      ) ・ なし				
	解熱剤 使用      あり(      :      頃 名称:      ) ・ なし				
状態	機嫌 : <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い      元気 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
食事(今朝)	<食欲> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし      <食事量> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> なし				
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠っていた <input type="checkbox"/> あまり眠っていない <input type="checkbox"/> ほとんど眠っていない				
その他					
お迎えの予定		氏名	続柄	時間 :      :	入室時間 :      :

## 保育所での様子

症状	嘔吐 : あり(      回) ・ なし			
	便の状態 : あり(普通 ・ 軟便 ・ 泥状 ・ 水様)      なし(      日目)			
	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他(      )			
	熱	: (      °C)	熱	: (      °C)
	熱	: (      °C)	熱	: (      °C)
対処				
薬	今朝 内服      あり(名称:      ) ・ なし			
状態	機嫌 : <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い      元気 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
食事(昼食)	<食欲> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし      <食事量> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> なし			
睡眠	:      ~      :      ~      :			
その他				

### 《利用にあたって準備するもの》

持ち物には必ずお名前をご記入下さい。チェック欄を活用して、お忘れ物のないようをお願いいたします。

保育所	物品	数量	備考	暖家
<input type="checkbox"/>	大きなビニール袋	2枚	汚れ物や汗等で着替えた服を入れます。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	着替え(楽な服装・パジャマ・下着) (スタイ・くつ下等)	2組以上	よだれが多く出る時、スタイをお持ち下さい くつ下は、熱等で足が冷たい時に使います	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	紙オムツ・パンツ類・おしり拭きタオル	5枚以上	下痢等の症状がある場合、多めに!	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	口拭きタオル(ハンドタオル)	2枚	食事の際に使用します。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	食食用エプロン	2枚	必要な方のみ。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	主治医の処方薬	必要量	1回分ずつ名前を記入してお持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	粉ミルク(必要な方のみ)		記名して下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	保育園や保育所の連絡帳		園等での生活リズムを見ればと思います	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	その他必要なもの(      )		使い慣れた道具やおもちゃなど。	<input type="checkbox"/>

受け入れ担当者

お迎え時サイン	氏名	続柄	時間 :      :
---------	----	----	-------------