

情報記入用紙

※太枠線内を漏れの無いようご記入下さい。

登録児氏名	性別	生年月日	利用年月日
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	年 月 日生	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 女	歳 ヶ月	登録番号
現在の症状	今回の病気の経過 月 日頃より発症		
	昨夜の熱 (°C) 今朝の熱 (°C)		
	嘔吐: あり・なし → (昨日 回 今朝 回)		
	便の状態: 昨日 回(普通 回・軟便 回・泥状 回・水様 回) なし 今朝 回(普通 回・軟便 回・泥状 回・水様 回) なし		
	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 (日より排便なし)		
	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他痛み() <input type="checkbox"/> 発疹(部位:) <input type="checkbox"/> かゆみ(部位:) <input type="checkbox"/> その他の症状()		
薬	今朝の内服薬 時間 時 分 (名称:)		
	今朝の吸入 時間 時 分 (名称:)		
	持参薬 内服薬(あり・なし) (名称:)		
	外用薬(あり・なし) (名称:)		
	解熱剤の最終使用時間 時 分 (名称:)		
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		
食事	夕食:<食欲> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <量> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> なし(内容:)		
	朝食:<食欲> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <量> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> なし(内容:)		
昨夜の睡眠	<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		
	【就寝】 時 分 【起床】 時 分		
心配な事や症状の経過など			
お迎えの予定	氏名	続柄	時間 : 入室時間 :

《ご家庭で用意していただくもの》				
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お願いいたします。				
保護者チェック	物品	数量	備考	職員チェック
<input type="checkbox"/>	健康保険証・子ども医療費受給資格証		保育室の利用初日にお持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳		〃	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	診療情報提供書		他院受診された場合、利用初日にお持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	お薬手帳 又は 薬剤情報提供書		利用の際、薬がある方は毎回お持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<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"/>	食事用エプロン	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 :
---------	----	----	------