



病児保育 当日の利用票

年 月 日 ()

お子さんの氏名

生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)

アレルギー 無 ・ 有 (卵 ・ 牛乳 ・ 乳製品 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ 鶏 ・ 牛肉)
その他 ()

避けて欲しい食品があればご記入ください ()

熱性けいれん 無 ・ 有

* 前日からの様子 *

体温	夜	:	°C	睡眠	就寝	:	
	今朝	:	°C		起床	:	
症状	咳	多い ・ 少し ・ 無			嘔吐	夜	無 ・ 有 (回)
	鼻水	多い ・ 少し ・ 無				今朝	無 ・ 有 (回)
	喘鳴	多い ・ 少し ・ 無			発疹	無 ・ 有 (場所 :)	
	便	無 ・ 有 (回)			軟 ・ 硬 ・ 水 ・ 普通		

食欲	無 ・ 有	
	夕食: 食べた ・ 食べない	朝食: 食べた ・ 食べない
	少 ・ 普通 ・ 多い	少 ・ 普通 ・ 多い
	朝のミルク (時間 :) (量 : ml)	
普段のミルク (時間おき ・ 昼食後 ・ PMおやつ後 ・ 量 ml)		

* お薬依頼書 *

病名					
お薬処方医療機関名		処方日		年 月 日	
内服薬	処方薬名	用量	種類	用法	
			粉・シロップ・錠	昼食 (前・後) ・ 時間薬 : 家庭での服用方法 ()	
			粉・シロップ・錠	昼食 (前・後) ・ 時間薬 : 家庭での服用方法 ()	
			粉・シロップ・錠	昼食 (前・後) ・ 時間薬 : 家庭での服用方法 ()	
			粉・シロップ・錠	昼食 (前・後) ・ 時間薬 : 家庭での服用方法 ()	
			粉・シロップ・錠	昼食 (前・後) ・ 時間薬 : 家庭での服用方法 ()	
坐薬		1回 本		無 ・ 有 入室前は 未使用 ・ 使用 (: に使用)	
ダイアップ		1回 本		用法 () 入室前は 未使用 ・ 使用 (: に使用)	
軟膏	種類	点眼薬		点鼻 ・ 点耳薬	
	用法	1回 種類 右 ・ 左 ・ 両方	1回 種類 右 ・ 左 ・ 両方	1回に 種類 部位 ()	

* お迎え *

氏名

続柄:

時間:

* 緊急連絡先 *

① 氏名

続柄:

TEL

② 氏名

続柄:

TEL

* その他気になること、希望されることなどをご記入ください。

保護者署名・印	印	受取職員	投薬職員
---------	---	------	------

投薬時間 (:)

投薬後の状態 ()