

病状チェックシート

フリガナ		性 別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	年 月 日生

今朝の体温			
咳	出ない ・ 出る（コンコン・ゼーゼー・ケンケン・ゴホゴホ）		
鼻 水	出ない ・ 出る（透明・黄色・黄緑・水様・粘稠）		
嘔 吐	無 ・ 有（昨夜から登園まで 回）		
下 痢	無 ・ 有（昨夜から登園まで 回）		
排 尿	いつもと同じ ・ やや少ない ・ 少ない（最終排尿： 時頃）		
排 便	最終排便： 時頃		
機 嫌	良好 ・ 普通 ・ あまり良くない ・ 悪い		
睡 眠	睡眠時間（ 時 分～ 時 分）		
	よく眠れている ・ 時々起きる ・ 眠れていない		
食 事	朝食摂取時間（ 時頃） 食欲（有 ・ 普通 ・ 無 ）		
	朝食摂取内容（ ）		
内 服	朝の分の内服（未 ・ 済 ）		
	頓服・座薬の使用（有 ・ 無 ） 有の場合：最終使用時間（ 時 分）		
＊薬の飲ませ方：薬を練って口に入れる ・ 飲食物に混ぜる ・ 内服ゼリーに混ぜる その他（ ）			
＊ミルク哺乳のお子様：最終哺乳時間（ 時 分） 哺乳量（ ） 次回哺乳時間（ 時 分） 1 回量（ ）			
＊排泄方法：オムツ使用（サイズ： ） ・ おまる ・ トレーニング中 入眠時のみオムツ ・ 自立			
＊好きな遊び：			
＊性格・癖：			
＊その他（伝えておきたい事）			

※病児保育室利用初回時のみ全項目、該当される内容にチェック及び記入をお願いします。

翌日以降のご利用時には黒太枠内のみご記入下さい。