

# 当日病状確認票

(平成 年 月 日)

病児保育室 リトルスター

お子さんのお名前		男・女		歳 月 日		
記入者名		生年月日		平成 年 月 日		
住所		電話				
病名						
現在までの治療		<input type="checkbox"/> 治療を受けている ( 本院 ・ 他院 ) <input type="checkbox"/> 入院治療を受けていた ( / ~ / ) ( 病院 ) <input type="checkbox"/> 治療は受けていない				
昨日の様子		<input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・学校に通っていた <input type="checkbox"/> 病児保育室を利用していた				
症状など	熱	無・有 今朝: _____ 度 ・ 最高 _____ 日 _____ : _____ 時分ごろ _____ 度				
	咳	無・少・多 / ~	嘔吐	無・有 ( ) 回 / ~		
	鼻水	無・少・多 / ~	下痢	無・有 ( ) 回 / ~		
	食欲	有・無 / ~	発疹	無・有 / ~		
	機嫌	良・悪		睡眠	良・悪	
	その他					
☆ 昨日から今朝までの症状は・・・ <input type="checkbox"/> 改善している <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 悪化している						
薬	朝の薬	飲んだ ( : ) 時 ・ 飲んでいない				
	持参の薬	無 ・ 有 ( 水薬・粉薬・錠剤・目薬・解熱・塗薬・その他 )				
	解熱剤の使用	無 ・ 有 ( am・pm 時 分に使用 )				
	けいれん止めの使用	1 回目 ( am・pm 時 分に使用 ) ・ 2 回目 ( am・pm 時 分に使用 )				
病児保育室利用中、高熱時の解熱剤 (座薬) の使用について		<input type="checkbox"/> 希望する ( _____ 度以上になったら使って欲しい ) <input type="checkbox"/> できるだけ使用しないでほしい <input type="checkbox"/> 病児保育室の判断に任せる				
熱性けいれんの既往		無 ・ 有 ( ) 回 最終 (平成 年 月)				
食物アレルギー		無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 卵 (加工可・完全除去) <input type="checkbox"/> 牛乳 (加工可・完全除去) <input type="checkbox"/> 大豆 (調味料可・完全除去) <input type="checkbox"/> 小麦 (調味料可・完全除去) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
既往歴	突発性発疹	未・済 ( 歳 )	はしか	未・済 ( 歳 )	おたふくかぜ	未・済 ( 歳 )
	風疹	未・済 ( 歳 )	水ぼうそう	未・済 ( 歳 )	その他 ( )	
予防接種	ヒブ	1回・2回・3回・4回	BCG	未 ・ 済	(三種混合)	1回・2回・3回・追加
	小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・4回	MR	1期・2期	(ポリオ)	1回・2回・3回・追加
	ロタ	1回・2回・3回	水ぼうそう	1回・2回	おたふくかぜ	1回・2回
	四種混合	1回・2回・3回・追加	日本脳炎	1期1回・2回・追加	B型肝炎	1回・2回・追加
<b>【 院長 記 入 欄 】</b>						
病状・その他	急性期 ・ 回復期	隔離の有無 要 ・ 不要		薬の処方の有無 有 ・ 無		翌日病児保育利用 要 ・ 不要
処置	鼻腔吸引 ・ 吸入 ( )			検査等		
食事	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容 )					
備考						