

 当日利用票 

児童の名前		男 女	生年月日	年 月 日	体 重	
本日の 緊急連絡先①	氏名		続柄	携帯・職場	職場から保育園の所要時間	
本日の 緊急連絡先②	氏名		続柄	携帯・職場	職場から保育園の所要時間	
お迎え時間				お迎え者		
食物アレルギー	無・有					
その他のアレルギー	無・有 薬物など					
熱性けいれんの既往	無・有 けいれん止めの使用					
喘息の既往	無・有 吸入薬					
薬の飲ませ方	水薬：スポイト・スプーン・コップ・その他 粉薬：ゼリー・スプーン・コップ・練状・その他					
排尿	自立・おむつ・トイトレ					

今回の症状についてお書きください。

現在までの治療	昨日どのように過ごしていましたか	
① 外来治療を受けた	① 自宅安静	
② 入院治療を受けていた	② 保育園・幼稚園に通っていた	
③ 治療は受けていない	③ 病児保育を利用していた	
症状	熱	無・有…いつから 月 日から 今日の体温
	咳	無・少・多…痰がらみ・乾いた咳
	鼻水	無・小・多…水様・ねばねば・鼻詰まり
	下痢	無・有
	嘔吐	無・有
	食欲	無・少・有 朝食（食べた・食べていない）朝食時間（ ） 普段のミルク（ 時間おき・1回 cc）朝のミルクの量（ ）
	水分	充分・少ない・無 （飲み方： ）
	機嫌	良・大人しい・悪
	発疹	無・有…部位
	睡眠	良眠・浅い・不眠
	その他の症状	
☆昨日から今朝までの症状は（改善している・かわらない・悪化している）		
お薬	持参の薬 無・有	

内容	抗生剤・咳の薬・整腸剤・その他 ( )
朝の薬	飲んでない・飲んだ…薬を飲んだ時間 ( )
解熱剤	未使用・使用…使用した時間 ( )
吸入治療	無・有…使用した時間 ( )
初めて使う薬が	(無・有…薬の種類 )

病児保育中、高熱時の解熱剤(座薬)の使用について	① 希望する(      °C以上になったら使ってほしい) ② できるだけ使用しないでほしい ③ 病児保育室の判断に任せる	
予防接種について	インフルエンザ	今年      去年      月      日
	麻疹(はしか)・風疹	① 未接種 ② 接種してから1カ月たっている ③ 接種してから1カ月たっていない

以下はスタッフが記載します

預かりもの	持ち込み確認	返却確認
薬                      種類                      1回分を分けて持参・全量持参・本日処方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬剤情報提供書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬用のゼリー (必要な方のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬手帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保険証コピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
各種医療書のコピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
着替え                      セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バスタオル                      枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
タオル                      枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おむつ                      枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おしりふき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哺乳瓶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
粉ミルク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事用エプロン (必要なかたのみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ビニール袋                      枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お弁当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おやつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飲み物 (水・お茶)		<input type="checkbox"/>
その他	担当者サイン	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

返却確認できましたら、サインをお願いします。

