

病児・病後児預かりチェックリスト

※保護者が記入

| | | | |
|----------------|-------------------|------------|--|
| サポート実施日 | 年 月 日 () | | |
| 依頼会員番号 | | | |
| ふりがな 会員氏名 | (続柄) | 連絡先 TEL | |
| ふりがな 子どもの名前 | 年 月 日生 (歳 カ月) | (ニックネーム) | |

本日の緊急連絡先

| ふりがな 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 勤務先 電話番号 |
|------------|----|------|-------------|
| ① | | TEL | TEL |
| ② | | TEL | TEL |

前日～お預かりまでの様子(病状の経過)

* () 内の無・有に○をつけて、有の場合について詳しく記入してください。

| | | | | | | |
|--|--|---------------------|----|----------|------|----------|
| 病院受診の有無 (無・有) | 受診月日 月 日 | (病院・医院) | | | | |
| | 診断・指示等 | | | | | |
| 体温 (℃) | 昨夜 | 時ごろ ℃ | 今朝 | 時ごろ ℃ | 預かり時 | 時ごろ ℃ |
| 機嫌 | 良い・普通・悪い(いつから?) | | | | | |
| 食欲 (無・有) | 多い・普通・少ない 普段の飲物() 病気時の飲物(例・麦茶、スポーツ飲料)() | | | | | |
| 排泄(便の状態) | 硬・普通・軟便・下痢(回)(いつから?) | | | | | |
| 睡眠 | 時 分 ~ 時 分 よく眠れていますか? はい・いいえ(理由) | | | | | |
| 咳 (無・時々・有) | 咳の様子 | 乾いた咳・痰がらみ・犬の遠吠えのような | | | | |
| | ゼーゼー音がある? | はい・いいえ | | | | |
| | 現在、喘息の吸入は? | 朝・夕 | | | | |
| 鼻水 (無・有) | 水様・混濁・黄色・鼻づまり・痛みがある いつから? (から) | | | | | |
| 嘔吐 (無・有) | いつ頃から? (から) ・回数 (回) その時の様子 () | | | | | |
| 通っている学校や保育施設で流行っている病気はありますか? ・はい () ・わからない | | | | | | |

使用中のお薬について

投薬依頼書に記載のお薬以外に現在使用しているお薬はありますか？（はい・いいえ）

「はい」と答えた方はお薬の内容を記入してください。

（）

そのお薬を前回使用したのはいつですか？（時ごろ）

お子さんの様子

病状や、普段の様子・好きな遊びなど、できる限り詳しくご記入ください。

※病状に変化があった場合は、連絡させていただきますので、必ず連絡が取れる状態にしておいてください。
連絡が取れない場合は、センターの判断で代理受診させていただくこともありますので、ご了承ください。