

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	(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 (°C)	昨夜	時ごろ °C	今朝	時ごろ °C	預かり時	時ごろ °C
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?()先週くらい()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						

薬の対応について

内服薬 (無・有)	前回は、いつ服用していますか？ () 時ごろ) *薬を持参される場合は、投薬依頼書と説明書を一緒にお持ちください。
外用薬 (無・有)	塗布箇所 () 次回は () 時ごろ) 塗布 ・ 症状が出た時に塗布
座薬 (無・有)	解熱剤 ・ 吐き気止め ・ ダイアアップ (昨夜) 時ごろ) に使用 ・ 使用後に便が出ましたか？いいえ・はい () 分後)
ダイアアップ	何度で使用していますか？ () °C) ・ 1回目 () 時) に使用 ・ 2回目 () 時) に使用予定
お薬手帳はお持ちですか？ はい ・ いいえ (自宅にある・持っていない)	
お薬は普段どのように服用していますか？(例：ゼリーなどで飲む、甘い飲み物と一緒に飲む など) ()	

診察について

流行性の症状がある場合、検査処置を希望しますか？	はい ・ いいえ
治癒証明書（感染症の時）が必要な時、園や学校の用紙がありますか？	はい ・ いいえ
次回、診察の予定はありますか？	はい () 日) ・ ない
薬の処方のご希望はありますか？	はい (錠剤 ・ 水薬 粉) ・ いいえ

*代理受診や、病児保育施設への受け渡しの際に、必要となります。

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。

【例】

外遊びや、ブロック遊びが大好きです。テレビを見てるとおとなしいです。
 昨夜、せき込んで、少し嘔吐しましたが、吐き気は無いみたいです。
 元気ですが、ゴロゴロ寝ています。食欲は普段より少ないくらいです。

*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。