

おなまえ (ひらがなでお書き下さい) くん ちゃん	年齢 歳 月	体重 kg	体温 °C
---------------------------------	-----------	----------	----------

住所

連絡先 (自宅) (携帯) 父・母

生年月日 平成・令和 年 月 日

出生時の状態 出生体重 g、在胎週数 週 日

正常分娩 帝王切開 異常分娩 ()

今日はどうされましたか？ ※おたふく・水ぼうそう・はやり目などを疑う場合は受付にお声かけ下さい

<input type="checkbox"/> 発熱 () 日前の (午前・午後) () 時 () °C ~ 最高 () °C
解熱剤使用 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> はな () 日前から (さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他 ())
<input type="checkbox"/> せき () 日前から (痰がらみ・から咳、ゼーゼー・咳き込み嘔吐・他 ())
<input type="checkbox"/> 嘔吐 () 日前から 1日 () 回、最終嘔吐 () 日前 (午前・午後) () 時
<input type="checkbox"/> 下痢 () 日前から 1日 () 回
かたち (水様・泥状・軟) 色 (黄茶色・白色・血が混ざる・他 ())
<input type="checkbox"/> 便秘 () 日前から 普段の排便 () 日に () 回
自宅で行っている便秘ケア ()
<input type="checkbox"/> 肌 () 日前から 部位 (頭・耳・のど・お腹・他 ())
状態 (ぶつぶつ・赤み・乾燥) 軟膏塗布 (あり・なし) 回数 () 日に () 回
<input type="checkbox"/> 痛み () 日前から 部位 (頭・耳・のど・お腹・他 ())
<input type="checkbox"/> 他院受診 () 月 () 日 () 病院
<input type="checkbox"/> その他・気になる症状等をご記入下さい () 日前から

いまの状態はどうか？

水分摂取 (いつもどおり・少ない・飲めない) 食事摂取 (いつもどおり・少ない・食べない)

睡眠 (いつもどおり・浅い・眠れない) 機嫌・元気 (いつもどおり・少し悪い・悪い)

ご家族や周りで体調を崩している方はいますか？

なし あり () 学校・幼稚園・保育園 病名 ()

家族 () 病名 ()

いま使っているお薬はありますか？

なし あり お薬手帳をそえるかお薬のなまえをご記入下さい

()

アレルギーについて なし (現在のところ) あり ()

内服可能なお薬の形 水薬 粉薬 錠剤またはカプセル 服用したことがない