

病児保育利用申込書

令和 年 月 日

氏名	平成・令和 年 月 日生 (歳 カ月)	体重	kg
お迎え時刻 時 分まで	保育料利用料受給資格者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	体温	℃
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> ()	緊急連絡先	Tel	

☆症状について

- 熱: 月 日 (朝・昼・夜) から 解熱剤 (使用・未使用) 月 日 時頃
- 咳 いつから 月 日
- 鼻水 (ねばねば・さらさら)
- 腹痛 いつから 月 日 (右側・おへその周り・左側)
- 嘔吐 いつから 月 日 1日約 回
- 下痢 いつから 月 日 1日約 回
- 発疹 いつから 月 日 どこに ()

- ◆元気は? (ある・普段通り・ない)
- ◆水分は? (とれる・少しならとれる・とれない)
- ◆食欲は? (普段通り・ない)
- ◆通園・通学施設などで流行しているものはありますか? (ある・ない) ある→ ()

☆お薬について

- ◆今朝、お薬を飲みましたか? (飲ませた・飲んでいない)
- ◆持参しているお薬はありますか? (ある・ない) ある→ (小豆島中央病院・その他の医院)
薬名→ ()
- ◆発熱時にダイアップ (けいれん予防の坐薬) の予防投与をしていますか? (はい・いいえ)
- ◆食べ物や薬のアレルギーは? (ある・ない) ある→ ()

☆お薬を処方するにあたり

- ◆飲み薬 (粉・シロップ・錠剤) 解熱剤、吐き気止め (粉・坐薬・錠剤)
- ◆飲み薬の希望回数 (1日2回・1日3回)

☆与薬依頼

病児・病後児保育室を利用するにあたり、必要な場合は保護者に代わって与薬をお願いします。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____

※署名または記名捺印

[医師の指示]

病名・病状	(迅速検査 結果待ち)	保育室	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 検査結果後 同室 可
指示	<input type="checkbox"/> 本日当院処方薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 持参の薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 () <input type="checkbox"/> クロモグリク酸2ml+メプチン1本 () <input type="checkbox"/> ボスミン0.2ml+デカドロン0.2ml+生食2ml () <input type="checkbox"/> その他 (前回から6時間以上あけて) ()	<input type="checkbox"/> 嘔吐のとき→ナゼリ坐剤使用 <input type="checkbox"/> 10mg <input type="checkbox"/> 30mg <input type="checkbox"/> 38.5℃以上のとき→ <input type="checkbox"/> アンヒバ坐剤使用 <input type="checkbox"/> 100mg <input type="checkbox"/> 200mg () 本 <input type="checkbox"/> カロナール内服 <input type="checkbox"/> 処方分	
利用料金	<input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料	指示医	
給食注文	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	サイン	

オリーブキッズ 看護・保育記録

令和 年 月 日 () 入室時刻 : ~ 退室時刻 :

氏名	様	病名 ・ 症状																																																													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ℃ ● 呼吸 × </div> <table border="1" style="width: 100%; height: 150px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">39</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">38</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">40</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">37</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">36</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">20</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		40										39									50	38									40	37									30	36									20	35											
40																																																															
39									50																																																						
38									40																																																						
37									30																																																						
36									20																																																						
35																																																															
時刻	9	10	11	12	13	14	15	16	17																																																						
排便																																																															
排尿																																																															
睡眠 安静																																																															
症状 様子																																																															
内服 処置																																																															
食事																																																															
食事量	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 食べない	水分量	<input type="checkbox"/> 十分	<input type="checkbox"/> 少量																																																									
連絡 事項									担当																																																						