

品川区病児保育病状連絡票

登録番号	
------	--

保護者署名欄

利用施設				<input type="checkbox"/> 左記施設を今年度中、利用したことがある。
	ふりがな 児童氏名	性別	年齢	保育予定時間
		男・女	歳 ヶ月	時 分 ~ 時 分

(健康状態)

- 1 お子さまをお預かりするための大切な資料です。正確にご記入ください。
- 2 健康状態によっては、ご利用できない場合があります。ご了承ください。

病名	<input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 夏かぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> ヘルペス性口内炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入ください。)		
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入ください。)		
	症状のはじまり 年 月 日頃から (経過をご記入ください。)		
	昨日から今朝の症状についてご記入ください。		
	昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。 <input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない。		
薬	内服薬	<input type="checkbox"/> 使用せず <input type="checkbox"/> 使用 (日 前から)	
	内容	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 去痰剤 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 吐き気止め <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入ください)	
お子さまの様子	水分	<input type="checkbox"/> 哺乳ビンのみ <input type="checkbox"/> スプーンで飲める <input type="checkbox"/> ストローで飲める	
	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ときどき介助が必要 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる	
	排泄	<input type="checkbox"/> オムツ、紙パンツ使用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 入眠時のオムツが必要 <input type="checkbox"/> トイレでできる	
	お昼寝	<input type="checkbox"/> 添い寝で寝る <input type="checkbox"/> トントンしながら寝る <input type="checkbox"/> 一人で寝られる <input type="checkbox"/> 何かを持って寝る(持つもの:)	
	好きな遊び		
その他	お子さんについて、お伝えしたいこと、気になることをご記入ください。		

(施設記入欄)

保育実績時間	時 分 ~ 時 分	保育担当者	
--------	-----------	-------	--