

入室記録

年 月 日 () ID

入室 日目

(太線の中をご記入の上、お持ちください)

ふりがな 氏名	男女	愛称	生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	体重 kg
お迎え予定時間 :	お迎えの方	緊急連絡先 (電話番号・続柄・携帯 or 職場をご記入ください) ① ②		
第4号様式記載病名		既往歴 なし・食物アレルギー・熱性けいれん・喘息・アトピー・その他 症状 ()		
これまでの経過 (発症から昨日までの症状を詳しくご記入ください)				
昨夜の体温 ℃	解熱剤の使用	: なし・あり	平熱 ℃	抗原検査 + ・ -
今朝の体温 ℃	解熱剤の使用	: なし・あり	解熱剤最終使用日時	: 月 日 () :
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喘鳴	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 嘔吐 回/日
食欲		良好・普通・少ない・なし		
<input type="checkbox"/> 活気がない	<input type="checkbox"/> 発疹・湿疹	<input type="checkbox"/> 下痢	朝食時間	: 食べたもの
水分摂取		良好・普通・少ない・飲まない		
<input type="checkbox"/> その他 ()				
機嫌	良好・普通・悪い			ミルク
飲む・飲まない				
排便	最終 (月 日 時)	普通・軟・泥・水様 (1日 回)	希望時間と量	① : 量 ml
排尿	普段通り・多い・少ない・色が濃い			② : 量 ml
睡眠時間	: ~ :	良眠・時々起きた・不眠	③ : 量 ml	
症状悪化時 鴨居病院小児科受診	: 可・否	受診の場合	: 事前連絡・事後報告	鴨居病院 診察券 : あり・なし

今朝使用したお薬	与薬依頼
◎ 内服薬 あり・なし・飲めなかった 与薬時間 : 薬名 ※お薬手帳を必ずご持参ください。	◎ 持参薬 あり・なし 飲み方 () 服用時間 (:) ◎ とんぷく薬 あり・なし 薬名 () 体温 ℃以上 どんな時 () 希望事項 () 与薬依頼の保護者サイン ()

保育室記入欄

時間	:
体温	℃
心拍数	回
呼吸数	回
SPO2	%

区	保育園・幼稚園・こども園・小学校
<input type="checkbox"/> クラスターで休園または学級閉鎖中ではない	
家族の体調不良者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (父・母・兄弟・祖父母)	
保育料金 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> なし	
領収書 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	