

連絡・情報カード

年 月 日 ()

氏名	(歳)	継続予約 (する ・ しない)
緊急連絡先:	※極力キャンセルのないようにお願いします	
退室時間 (:)	お迎え者:	通学通園先: 小・幼・園
	身長	cm 体重 kg

食物アレルギー	有 <input type="checkbox"/> 卵・乳・小麦・その他 ()	ミルク (:) 1回 ml
	無	食事
	未摂取食材 ()	普通食
		きざみ とろみ
熱性痙攣	無・有 (回) <input type="checkbox"/> ダイアアップ使用 (有・無)	離乳食 (初期・中期・後期)

利用開始日の場合↓	体温 _____ °C	継続利用の場合↓	体温 _____ °C
症状経過		前回利用時以後の経過	
集団生活先流行疾患:			

直近の受診歴 <input type="checkbox"/> 記入	当院	受診日	月	日	かかりつけ医:
	他院	受診日	月	日	
または 無		診断名:	医師からの指示内容:		
		処方: あり・なし			
		検査および結果:			

当院での投薬・治療を希望しますか <input type="checkbox"/> はい・いいえ	解熱剤使用: シロップ・粉・坐薬・不可
--	---------------------

らびっとより					
投薬	(:) (:)	排便	健康便 (:) (:) (:)	軟便 (:) (:) (:)	下痢 (:) (:) (:)
食欲	午前	おやつ	水分	体温 (:) °C <input type="checkbox"/>	解熱剤使用
	給食	主食	全量・半量・少量	体温 (:) °C <input type="checkbox"/>	
		副食	全量・半量・少量	体温 (:) °C <input type="checkbox"/>	
	水分	全量・半量・少量	体温 (:) °C <input type="checkbox"/>		
	午後	おやつ	水分	処置	吸入 (:) (:) (:)
					吸引 (:) (:) (:)
					その他 (:)

SIDSチェック ○仰向け △うつ伏せ □横向き 9時 00 10 20 30 40 50 10時 00 10 20 30 40 50 11時 00 10 20 30 40 50 12時 00 10 20 30 40 50 13時 00 10 20 30 40 50 14時 00 10 20 30 40 50 15時 00 10 20 30 40 50 16時 00 10 20 30 40 50	担当者より 発熱: あり・なし 活気: あり・なし 咳: あり・なし 食欲: あり・なし 鼻汁: あり・なし <input type="checkbox"/> 薬 (<input type="checkbox"/> 分2 <input type="checkbox"/> 分3 <input type="checkbox"/> 解熱剤) <input type="checkbox"/> 再診 (有・無) <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 食材・アレルギー確認表 <input type="checkbox"/> 施錠 <input type="checkbox"/> 利用申込書 <input type="checkbox"/> 退室別 <input type="checkbox"/> 確認者 <input type="checkbox"/> バスタオル2枚 <input type="checkbox"/> 薬局・会計 <input type="checkbox"/> SNS
---	--