

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: 勤務先	携帯	※極力キャンセルのないようにお願いします
利用理由: 就労・その他 ()	通学通園先:	小・幼・園
退室時間 (:)	お迎え者:	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 普通食
	未摂取食材 ()	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 または 無	当院	受診日 月 日	かかりつけ医: 受診医療機関: 医師からの指示内容:
		受診日 月 日	
	他院	診断名: 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 (:) (:) (:)	体温	(:) °C <input type="checkbox"/>	解熱剤使用	
食欲	午前	おやつ	水分	主食	全量・半量・少量	副食	全量・半量・少量	水分	全量・半量・少量
	給食	午後	おやつ	水分					
SIDSチェック			○仰向け	△うつ伏せ	□横向き	担当者より			
9時	00	10	20	30	40	50	発熱: あり・なし	活気: あり・なし	
10時	00	10	20	30	40	50	咳: あり・なし	食欲: あり・なし	
11時	00	10	20	30	40	50	鼻汁: あり・なし		
12時	00	10	20	30	40	50	<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)		
13時	00	10	20	30	40	50	<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		
14時	00	10	20	30	40	50	<input type="checkbox"/> 利用申込書 <input type="checkbox"/> 退室別		
15時	00	10	20	30	40	50	<input type="checkbox"/> バスタオル2枚 <input type="checkbox"/> 薬局・会計		
16時	00	10	20	30	40	50	<input type="checkbox"/> SNS		
							確認者		