

連絡・情報カード

年 月 日 ()

氏名	(歳 月)	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 ()	食事	普通食
	無		きざみ とろみ
	未摂取食材 ()		離乳食 (初期・中期・後期)
熱性痙攣	無・有 (回) <input type="checkbox"/> ダイアアップ使用 (有・無)	ミルク	AM(:) ml / PM(:) ml ※最終ミルク時間(:)

かかりつけ医療機関

【
】

※かかりつけ医とは、普段受診や予防接種・健診で受診する医療機関のこと



受診した ・ 受診してない

次回利用時は必ずかかりつけ医の診断、投薬の指示を受けてください。

利用開始初日の場合↓	体温 °C	継続利用2日目以降の場合↓	体温 °C
症状経過		前回利用時以後の経過	
集団生活先での流行疾患：			

直近の受診歴記入 <input type="checkbox"/>	当院	受診日 月 日	受診医療機関： 医師からの指示内容：
	他院	受診日 月 日	
		診断名： 処方：あり・なし 検査および結果：	
または無			

当院での治療を希望しますか： はい ・ いいえ 解熱剤の使用を希望しますか： シロップ・粉・坐薬・錠・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	ミルク ： ml ： ml	
	給食	主食 全量・半量・少量 副食 全量・半量・少量 水分 全量・半量・少量		体温 (:) °C <input type="checkbox"/> (:) °C <input type="checkbox"/> (:) °C <input type="checkbox"/> (:) °C <input type="checkbox"/>
	午後	おやつ 水分		解熱剤使用時間 処置 吸入 (:) (:) (:) 吸引 (:) (:) (:) その他 (:)
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"/> パスカル2枚 <input type="checkbox"/> 薬局・会計		
16時 00 10 20 30 40 50		<input type="checkbox"/> 家族の体調 <input type="checkbox"/> SNS		
			確認者	