

利用日

R 年 月 日 ()

病児保育の記録

SYMPHONY KID保育園

病児保育室

児童名 () 生年月日 (H・R 年 月 日、 歳)

【保護者記入】

【保育室記入】

朝の体温	℃	機嫌	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 悪	受入れ時体温	℃	時刻	:		
解熱剤使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	使用時間	:	顔色	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 悪				
主な症状 複数の症状 がある場合 は症状ごと にご記入く ださい	症状と様子		いつから	その他の症状					
				保育室での 様子					
投薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合 () 種類	時間	薬の名前	お薬手帳・薬剤説明書確認	<input type="checkbox"/>				
		:		投薬の 注意点 など	有 () ・特になし				
		:		与薬	時間	:	担当		
		:			時間	:	担当		
食事 <input type="checkbox"/> 持込有 <input type="checkbox"/> 持込無 <input checked="" type="checkbox"/> をしてく ださい	食欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		摂食 状況	午前おやつ	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 園			
	ミルクの場合	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク			昼食	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 園			
		時間おきに c c			午後おやつ	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 園			
	離乳食の場合	離乳開始時期		特記事項					
	形状 進み具合	<input type="checkbox"/> ごっくん <input type="checkbox"/> もぐもぐ <input type="checkbox"/> かみかみ <input type="checkbox"/> ぱくぱく	ミルク	時間	量	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 園			
睡眠	就寝時間 ~ 起床時間		睡眠状況	睡眠					
	:	:		排便	時間	便の状態			
排泄	<input type="checkbox"/> 自分で教える <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 (オムツを含む) <input type="checkbox"/> その他 ()								
今の便の状況	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> その他 ()								
お子さまの様子や伝えておきたい事などご自由にお書きください				使用枚数	枚	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 園	おむつ処理	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				検温	時間	体温			
						℃			
						℃			
	℃								

利用日

【保護者記入】 R 年 月 日 ()

病児保育の記録

SYMPHONY KID保育園
病児保育室

○ 緊急連絡先 (必ずつながる方2名以上の番号を最低3か所ご記入ください)

名前	続柄	連絡先	電話番号	備考
1)				
2)				
3)				
4)				

○病児保育の利用 はじめて 回目 他の病児保育室を利用したことがある

○お子さまの情報

健康	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	初回 歳 か月 最後 歳 か月	これまで 回	座薬の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	今までにかかった 大きな病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病名 手術歴等		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
名前の呼び名			好きな遊び		

※以下何も記入しないでください

○ご利用料金

<input checked="" type="checkbox"/>	保育料	お弁当、おやつをご持参いただいた 場合も、保育料は同額です。	円	その他の内訳など
<input type="checkbox"/>	給食・おやつ込			
<input type="checkbox"/>	ミルク代	200円/回 回数 回	円	
<input type="checkbox"/>	おむつ代	50円/枚 利用枚数 枚	円	
<input type="checkbox"/>	その他	※緊急受診が必要になった場合など	円	お迎え時刻 :
	合計		円	領収者

保育室からの伝達