病状チェック表

キッズベアー

氏名		病名		記入日	元号　年　月　日

〇子どもの状況について、該当するところに〇をつけ、必要事項を記入して下さい。

- 体温　発熱 ：　日から　℃（　何時頃）
  昨夜 ：　℃（　何時頃）　今朝 ：　℃（　何時頃）
- 鼻水　多い ・ 少ない ・ なし （水鼻/青鼻）
- 咳　多い ・ 少ない ・ なし （ コンコン/ ゴホゴホ/ ケンケン）
- 便　なし ・ 普通便 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 （回数　回 ）
- 嘔吐　なし ・ あり （　日から　回 ）
- 発疹　なし ・ あり （ 顔 足 手 おなか おしり 背中 口 その他 ）
- 痛み　なし ・ あり （ 頭 のど おなか 耳 その他 ）
- 食欲　なし ・ あり

※ ミルク:朝何時に飲みましたか？ （　時　分頃　cc）

ミルクの間隔 ： 約　時間毎に　cc ・ 昼食後 ・ おやつ後

〇薬　あり ・ なし （ 水薬 粉薬 錠剤 目薬 ）

〇解熱剤を使用しましたか？　いいえ ・ はい （　日　時頃 ）

粉薬　坐薬

〇本日、気になる症状、心配なことがありましたら

〇明日以降も、ご利用されますか？(〇をつけて下さい)

はい　・利用日時　月 火 水 木 金 土

いいえ　・利用時間　時　分から　時　分まで