

# 病状チェック表

キッズベアー

氏名	病名	記入日	令和	年	月	日
<p>○子どもの状況について、該当するところに○をつけ、必要事項を記入して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>体温</b> 発熱： 日から °C ( 時頃) 昨夜： °C ( 時頃) 今朝： °C ( 時頃)</li> <li>・<b>鼻水</b> 多い ・ 少ない ・ なし (水鼻/青鼻)</li> <li>・<b>咳</b> 多い ・ 少ない ・ なし (コンコン/ゴホゴホ/ケンケン)</li> <li>・<b>便</b> なし ・ 普通便 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 (回数 回)</li> <li>・<b>嘔吐</b> なし ・ あり ( 日から 回)</li> <li>・<b>発疹</b> なし ・ あり ( 顔 足 手 おなか おしり 背中 口 その他 )</li> <li>・<b>痛み</b> なし ・ あり ( 頭 のど おなか 耳 その他 )</li> <li>・<b>食欲</b> なし ・ あり</li> </ul> <p>※ミルク：朝何時に飲みましたか？ ( 時 分頃 cc ) ミルクの間隔 : 約 時間ごとに cc ・ 昼食後 ・ おやつ後</p> <p>○薬 あり ・ なし ( 水薬 粉薬 錠剤 目薬 )</p> <p>○解熱剤を使用しましたか？ いいえ・はい ( 日 時頃) 粉薬 座薬</p> <p>○本日、気になる症状、心配なことがありましたら</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>○明日以降も、ご利用されますか？ (○をつけて下さい)</p> <p>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</p>						

