

病状チェック表

キッズベアー

氏名		病名		記入日	年	月	日
----	--	----	--	-----	---	---	---

○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。

- ・ 体温 発熱 : 日から °C (何時頃)
 昨夜 : °C (何時頃) 今朝 : °C (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

○薬 あり ・ なし (水薬 粉薬 錠剤 目薬)

○解熱剤を使用しましたか? いいえ ・ はい (日 時頃)

粉薬 坐薬

○本日、気になる症状、心配なことがありましたら

○明日以降も、ご利用されますか?(○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

