

家庭での様子

令和 年 月 日

氏名 ()

体温	昨夜の熱： ℃	今朝の熱： ℃	
症状 (○印)	熱 頭痛 咳 鼻水 鼻づまり のどの痛み 嘔吐 (回) 下痢 (回)	湿疹 (場所) その他 ()	
便	今朝の排便：有・無 性状： 普通便 ・ 軟便 ・ 水溶便 (最終排便時間：)		
水分	接種できる ・ 接種できない	朝食	接種できた ・ 接種できない
内服薬	有(内服時間：) ・ 無	解熱剤	使用した(内服時間：) ・ 使用無

●食欲低下時や水分摂取が困難な際に、以下の摂取の可能ですか？接種可能な物に○印をつけてください

アイス ・ ゼリー ・ 市販の離乳食 ・ 果物もしくは野菜のジュレ ・ ジュース (りんご ・ ぶどう)

●お迎え時間 (:)

●お迎えは誰が来られますか？

母 ・ 父 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()

●緊急連絡先はどちらですか？

母の携帯電話 ・ 父の携帯電話 ・ 母の職場 ・ 父の職場 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()

●Instagramにお子さんの写真を掲載してもよいですか？

可 ・ 不可

くどみ児友園 病後児室ゆり ☎専用電話 080-2384-0890