

当日病状確認票

(年 月 日)

病児保育室 リトルスター

お子さんのお名前		男・女		歳 月 日		
記入者名		生年月日		年 月 日		
住所		電話				
症状 診断されていけば病名						
現在までの治療		<input type="checkbox"/> 治療を受けている (本院 ・ 他院) <input type="checkbox"/> 入院治療を受けていた (/ ~ /) (病院) <input type="checkbox"/> 治療は受けていない				
昨日の様子		<input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・学校に通っていた <input type="checkbox"/> 病児保育室を利用していた				
症状など	熱	無・有 / ~ 今朝: _____ 度・昨日 _____ 度・最高 _____ 日 _____ 度				
	咳	無・少・多 / ~	嘔吐	無・有 () 回 / ~		
	鼻水	無・少・多 / ~	下痢	無・有 () 回 / ~		
	食欲	有・無 / ~	発疹	無・有 / ~		
	機嫌	良・悪		睡眠	良・悪	
	その他					
☆ 昨日から今朝までの症状は・・・ <input type="checkbox"/> 改善している <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 悪化している						
薬	朝の薬	飲んだ (:) 時 ・ 飲んでいない				
	持参の薬	無 ・ 有 (水薬・粉薬・錠剤・目薬・解熱・塗薬・その他)				
	解熱剤の使用	無 ・ 有 (am・pm 時 分に使用)				
	けいれん止めの使用	1 回目 (am・pm 時 分に使用) ・ 2 回目 (am・pm 時 分に使用)				
病児保育室利用中、 高熱時の解熱剤 (坐薬) の使用について		<input type="checkbox"/> 希望する (_____ 度以上になったら使って欲しい) <input type="checkbox"/> できるだけ使用しないでほしい <input type="checkbox"/> 病児保育室の判断に任せる				
熱性けいれんの既往		無 ・ 有 () 回 最終 (年 月 日)				
食物アレルギー		無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 卵 (加工可・完全除去) <input type="checkbox"/> 牛乳 (加工可・完全除去) <input type="checkbox"/> 大豆 (調味料可・完全除去) <input type="checkbox"/> 小麦 (調味料可・完全除去) <input type="checkbox"/> その他 ()				
既往歴	突発性発疹	未・済 (歳)	みずぼうそう	未・済 (歳)	おたふくかぜ	未・済 (歳)
	(その他)					
予防接種	ヒブ	1回・2回・3回・4回	BCG	未 ・ 済	(三種混合)	1回・2回・3回・追加
	小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・4回	MR	1 期 ・ 2 期	(ポリオ)	1回・2回・3回・追加
	B 型肝炎	1 回 ・ 2 回 ・ 追加	みずぼうそう	1 回 ・ 2 回	おたふくかぜ	1 回 ・ 2 回
	四種混合	1回・2回・3回・追加	日本脳炎	1 期 1 回 ・ 2 回 ・ 追加	<input type="checkbox"/> 夕	1 回 ・ 2 回 ・ 3 回
【 院 長 記 入 欄 】						
病状・ その他	急性期・回復期	薬の処方 有 ・ 無	隔離 要 ・ 不要	(備考)	翌日病児保育利用 要 ・ 不要	
処置	鼻腔吸引・吸入 (インタール・ベネトリン)		検査等			
食事	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容)					
備考						