

キッズケアルーム病状連絡票

申し込み日		令和 () 年 () 月 () 日			
入室児のお名前				年齢	() 才 () ヶ月
体温		平熱 () °C	昨夜の体温 () 時頃 () °C	今朝の体温 () 時頃 () °C	
症状	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつから)		発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつから) (どこに)
	咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少しあり (いつから) <input type="checkbox"/> あり (いつから)		鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少しあり (いつから) <input type="checkbox"/> あり (いつから)
	排便	<input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 下痢 (1回のみ・2回以上) ※最終便が出た日時 () 日 () 時頃		嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1回のみ・2回以上)
睡眠		<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 眠り浅め <input type="checkbox"/> 不眠			
食欲		昨夜	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 食べていない	今朝	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 食べていない
食物アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
熱性けいれんの既往		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※最終の発作 () 才 () ヶ月			

入室時間	(:) ~ (:) ※お迎えの時間は厳守してください
給食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ※給食代300円をご用意ください
ミルク	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 () 時 () CC / () 時 () CC / () 時 () CC
お迎え	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 ()
本日の連絡先	① ②