

経過表

★印の部分をご記入ください

病児保育室 たまご

★記入日	年 月 日 ()	担当看護師		担当保育士	
★児童名		★性別	男・女	★生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
★病名	(月 日発症 日目)			★体重	kg
★利用予定日	年 月 日 () ~	月 日 ()	日間	利用 ()	日目
★利用予定時間	/ () : ~ :	利用時間	/ () : ~ :		
★保護者氏名	続柄 ()			★電話番号	
★勤務先名		★移動時間	分	★緊急連絡先	()

熱型	★夜	★朝	登室	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00
39.0								
38.0								
37.0								
36.0								

睡眠チェック表

8時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
9時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
1時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
2時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
3時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
4時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
5時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
6時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
7時	0	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
特記事項	仰向け寝 ・ うつぶせ寝 ・ 横向き寝											

★昨日から朝までの自宅での状態を太枠の中に記入してください。

鼻汁		
咳漱		
喘鳴		
嘔吐		
発疹		
便性		最終 日
排尿	多い・普通・少ない	最終 時
機嫌		
水分	水分摂取量 充分・少量	内容量 [AM] [PM]
食事	夕食：普通食・軟食 多・普・少・食べない	昼食 おやつ [AM] [PM]
	朝食：普通食・軟食 多・普・少・食べない	
睡眠	: ~ :	普段のお昼寝 時間
アレルギー	有・無	内容
熱性痙攣	有・無	内容
感染症接触	有・無	内容
自宅での様子	
お困りのこと 注意してみたいこと	*ミルクを飲んでいる場合は普段の時間と量をお書きください。	

備考	
----	--