

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 ヲ月)
★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	睡眠チェック表
39.0									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
									10時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
38.0									11時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
									12時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
									13時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
37.0									14時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
									15時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
									16時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
36.0									17時 0 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
									特記事項 仰向け寝 ・ うつ伏せ寝 ・ 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 注意してみて ほしいこと	*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
