お子さんの名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　　歳　　　　　　か月

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お迎え予定時刻 | 時　　　　　分 | お迎えに来る方(〇して下さい)  父・母・祖父・祖母他（　　　　　　　　　） |
| 当日の緊急連絡先① | －　　　　　－ | （関係　　：氏名　　　　　　　　　　　　） |
| 当日の緊急連絡先② | －　　　　　－ | （関係　　：氏名　　　　　　　　　　　　） |

・熱性けいれん発症

* 有　　 最終発症（　　　歳　 　か月）

発症回数（　　　　回）

* 無

熱性けいれん既往歴について

・食物アレルギー

* 有（　　　　　　　　　　　　　）
* 無

・本日のお弁当・おやつのアレルギー確認

* 済

食物アレルギーについて

**・**飲み方

□ 粉のまま ・ □ 水溶き ・ □ ゼリー ・ □ その他（　　　　　　　　）

内服

・内　容

□ 解熱剤 ・□ 吐き気止め ・□ 痛み止め ・□ その他（　　　　　　　）

・今回の症状で頓服薬を使用しましたか

* 使用した（　　　　日　　　　時　　　　分）　・　□ 使用してない

頓服薬



・熱性けいれんの方〈今回ダイアップ使用〉

* 有　 １回目：　 　日　　　時　　　分（　　　　℃）

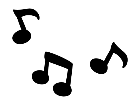
２回目：　 　日　　　時　　　分（　　　　℃）

* 無



けいれん止め

今日持ってくるお薬について





**周囲で**

**流行っている病気**

* あり

（病名　　　　　　）　　　　　　（ 接触あり・なし ）

* なし

お子さんの様子

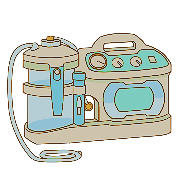
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 前日の様子 | 今朝の様子 |
| 体温 | 夜　　　　.　　℃　（　　　時　　　分） | .　　℃　（　　　時　　　分） |
| 食事 | 夜：いつも通り ・ 少ない（　　　　　　） | いつも通り　・　少ない（　　　　　　） |
| 水分 | 飲める ・ 少ないが飲める ・ 飲めない | 飲める ・ 少ないが飲める ・ 飲めない |
| 鼻水 | 多　・　中　・　少　・　無 | 多　・　中　・　少　・　無 |
| 咳 | 多　・　中　・　少　・　無 | 多　・　中　・　少　・　無 |
| 嘔吐 | 有（　　　回） ・ 無 | 有（　　　回） ・ 無 |
| 排便 | 有（普通 ・ 軟便 ・ 下痢） ・ 無 | 有（普通 ・ 軟便 ・ 下痢） ・ 無 |
| 排尿 | 普通　・　少　・　無 | 普通　・　少　・　無 |
| 睡眠 | 時　　　　分　　～　　　　　　時　　　　分  眠れた　・　時々起きた（いつも通り ・ いつもと違う）・ 眠れない | |



備考 ： （ミルクの量や時間、最近のお気に入りの遊びなど…）

鼻水の吸引

* 希望する
* 希望しない



**既往歴 ：** 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふく ・ 突発性発疹 ・ その他（　　　　　　　　）

**予防接種 ：** 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふく ・ BCG ・ 日本脳炎 ・ 四種混合（三種混合＋ポリオ） ・

肺炎球菌 ・B型肝炎 ・ ヒブ ・ ロタ ・ インフルエンザ（最後R　　　年　　　月　　 日）

【更新以降もしくは前回利用時以降で変更がある場合、ご記入ください】