●当てはまる症状に✔を、必要な箇所にご記入をお願いします。

利用当日チェックシート

日付

名前

　□咳（咳き込み嘔吐　　　□有　　　□無）

　□のどの痛み　　　　□腹痛　　　□頭痛

　□鼻水　　　　　　　□めやに

　□発疹（どこに？　　　　　　　　　　　　）

　□嘔吐（昨夜からの嘔吐回数　　　　　　回）（最終嘔吐時刻：□昨日□今日　　：　　）

　□下痢（昨夜からの下痢回数　　　　　　回）（便の状態：□水様□泥状□軟便）

●今朝の体温：　　　　　℃

　昨夜の体温：　　　　　℃

　　解熱剤の使用：□無　　　□有⇒時間（　　：　　）

　　痙攣止めの使用：□無　　□有⇒時間（　　：　　）

●夕食：□食べた　□少し　□食べない

　朝食：□食べた　□少し　□食べない

　食事がとれない方⇒水分補給　□有　　　□無

※朝の排尿は確認できていますか？　　□はい　　　□いいえ

●その他気になることがあればお知らせください。

記入者名:　　　　　　　　　　続柄（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　🌺むく保育園🌺