

利用当日チェックシート

日付 _____

名前 _____

- 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。

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： _____ °C

昨夜の体温： _____ °C

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（ _____ ）