

③ 経過記録用紙

ハグテラス リーブル

令和 年 月 日 (病名:)
 お子さまの氏名: (歳 ヲ月)

家庭での様子	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7
体温													
尿													
便													
睡眠													
水分(ミルク)													
機嫌													
薬・処置													
その他(嘔吐など)													
諸症状等	鼻水 : ない・少ない・多い せき : ない・少ない・多い ゼーゼー : ない・少ない・多い 食欲 : ある・普通・少ない・ない						朝食(食事内容、摂取量)						
							園で避けてほしい食材						

病状経過、おうちでの様子、不安なこと、好きな遊び、伝えたいことなど

緊急連絡先	①氏名: 続柄: 電話:
	②氏名: 続柄: 電話:
	③氏名: 続柄: 電話:

頓服薬の使用	電話連絡 不要・要 (使用前・使用后)	お迎え時間(:)
熱性痙攣既往	なし・あり 計 回 (最終 歳 ヲ月)	氏名:
痙攣時症状		続柄:
痙攣止めの指示	無・有 (°C以上で、薬剤名)	電話:
痙攣予防薬使用	① 月 日 時 分	※迎えの方が変更する場合は必ず連絡ください。
	② 月 日 時 分	
体重	kg	備考
アレルギー	なし・あり ()	
朝の薬	未・済 (時 分ごろ)	
	解熱剤 (最終 時 分、薬剤名:)	
テープ剤の使用	なし・あり (場所)	
	(薬剤名)	
★保険証変更	前回から変更は⇒ なし・あり	

保育室での様子	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
体温										
尿										
便										
睡眠										
水分(ミルク)										
機嫌										
薬・処置										
その他(嘔吐など)										
食事	おやつ(:)					昼食(:)				
	おやつ(:)									

入室中のお子さまの様子

入室時間	:
退室時間	:

自宅	<input type="checkbox"/> 医師連絡票(診療情報提供書)	入室時	<input type="checkbox"/>	退室時
	<input type="checkbox"/> 与薬依頼票、おくすり手帳コピー、お昼の薬、頓服薬		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 着替え(上下)・下着 2~3セット		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> バスタオル 2枚		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> フェイスタオル 1枚		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> おむつ 5~7枚		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 病状にあわせた昼食、おやつ		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 飲み物(ミルク)		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 食事用エプロン		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 汚れものを入れるビニール袋		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 通園保育園連絡ノート		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/>	

記入者