

(病保様式第3号)

入室時情報記入用紙

病状確認医師

児童氏名 _____ 年齢(____ 歳 ____ 月)体重 ____ kg
利用日 _____ 年 ____ 月 ____ 日(____)

昨夜の様子		睡眠状況	不良 ・ 良
今朝の様子		最終排便	月 日 時頃
平熱		便の性状	硬 ・ 普通 ・ 柔 ・ 下痢
朝食摂取量	摂取なし ・ 普段より少い ・ 普段通り ・ 普段より多い		
周囲で流行っている感染症	無 ・ 有 (_____)		
解熱剤	持参 無 ・ 有 最終投与時間(____ 時 ____ 分)内容(_____)		
薬の飲ませ方	水薬: 哺乳瓶 ・ コップ ・ スプーン ・ スポイト ・ その他(_____)		
	粉薬: 哺乳瓶 ・ コップ ・ スプーン ・ スポイト ・ その他(_____)		
吸入薬	無 ・ 有 (吸入器 ・ その他 _____)薬剤名(_____)		
水分	哺乳瓶 コップ ストロー スプーン		
	※病児保育室に提供する水分(ペットボトルなど)を必ずご持参ください。		
食事	一人で食べることができる ・ お手伝いが必要 ・ 全面介助が必要		
ミルク	① ____ 時 ____ cc ② ____ 時 ____ cc ③ ____ 時 ____ cc		
排泄	トイレで出来る オムツ使用 その他(_____)		
午睡/寝かせ方	有 ・ 無 / _____		
好きな遊び			
持参品	<input type="checkbox"/> 上着 ____ 枚 <input type="checkbox"/> ズボン・スカート ____ 枚 <input type="checkbox"/> 肌着 ____ 枚 <input type="checkbox"/> パンツ ____ 枚 <input type="checkbox"/> オムツ ____ 枚 <input type="checkbox"/> おしり拭き タオル ____ 枚 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 ____ 本 <input type="checkbox"/> ミルク ____ 回分 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 汚れものを入れる袋2枚 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> 解熱剤(2回分以上) ____ 回分 <input type="checkbox"/> その他		
その他特記事項			
世帯状況	生活保護受給世帯ですか? (はい ・ いいえ)		
お迎え予定時刻	____ 時 ____ 分 迎えに来られる方(_____)		

※与薬の依頼は、原則として医師の処方薬に限ります。

与薬依頼書

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わって与薬をお願いします。
座薬は、 ____ °C以上で使用をお願いします。

住所:

保護者

氏名:

電話番号:

年 ____ 月 ____ 日