

令和 年 月 日 ( )		病名		ベット上安静・経過観察室 室内安静・室内保育						
ふりがな		愛称		性別		年齢				
児童氏名				男・女		才 ヶ月				
保護者氏名		連絡先								
家庭での体温(保護者記入)				保育ルームでの体温(看護師記入)						
体温	時間	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	
40										
39										
38										
37										
↓記入方法： 各項目 該当する時間の下に、+(プラス)や、内容、入眠、起床等記入して下さい。										
食事										
水分(ミルク)										
薬・処置										
尿										
便										
睡眠										
その他(嘔吐等)										
↓家での様子を保護者が記入して下さい				↓保育ルームでの様子を看護師が記入します						
諸 症 状	鼻水 / 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	おやつ		昼食		その他				
	せき / 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	( : )		( : )		内容・摂取量				
	げっぷ / 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	( : )		内服						
嘔吐 / 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ( 回)										
下痢 / 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ( 回)										
食欲 / 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>										
朝食 / 摂取時間 時 分頃										
食事内容： 機嫌 / 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>			午前の様子 (諸症状など)		午後の様子 (諸症状など)					
病 状 経 過	病気の経過・お子様の機嫌・心配なこと等をお書き下さい。									
			担当者サイン/		担当者サイン/					
入室時間	:	看護師サイン	退室時間		:	看護師サイン				
		保育士サイン				保育士サイン				
		( : ~ : )				( : ~ : )				