



なまえ	ちゃん(男・女)			ID	
生年月日	平成	年	月	日	年齢 歳 ヶ月
お迎え者 予定		続柄		時刻	時 分頃
緊急連絡先	Tel			(父・母)	

利用日 年 月 日  
 今回の症状について詳しく教えてください。  
 体重 \_\_\_\_\_ kg

解熱剤使用の希望についてお答えください。  
 状況に応じて使用OK・連絡する・使用NG

昼食	
ミルク	
水分	
おやつ	
お薬	粉薬 包・水薬 本・坐薬 個

心配なこと・配慮してほしいこと等があれば、具体的にお書きください。

食物アレルギーはありますか  
 あり(完全除去・アナフィラキシー) 原因食物( )  
 なし

ひきつけを起こしたことはありますか  
 あり なし  
 その時に熱はありましたか(あり・なし)

- お子様の状態に応じてクリニックでの診察を受け、必要な場合には急なお迎えに対応します。
- 薬剤情報提供書のとおり保護者に代わって与薬を依頼します。
- 飲み物とオムツに限り、保育中に不足した場合は購入を依頼します。

上記3項目にご同意いただき、署名をお願いします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

病名	保育室・安静室 ① ② ③							利用時間	: ~ :			
	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18
時間												
体温												
咳	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	
鼻水	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	- ± + ++	
睡眠												
排泄												
水分/ミルク												
食事・おやつ	時			時				時				
与薬												
その他												

○:尿 △:便 ◎:尿と便

お子様の様子

通信欄

説明保育士 \_\_\_\_\_ 確認Dr \_\_\_\_\_ /

セキュリティ 子の氏名 子の生年月日 お迎えの氏名

お迎えのサイン \_\_\_\_\_ お子様との続柄 親・その他( )