

家庭連絡票兼保育日誌

佐川町病後児保育施設

にこっと

日誌の太枠内と服薬についてを記入して、毎日提出してください。

利用日	年 月 日 () 曜日				天気 ()	記録者	
児童名			年齢	歳	ヶ月	在園名	
連絡先	1	電話			2	電話	
お迎えに来る人				児童との関係 ()	お迎え時間	時	分
健康	家庭			病後児保育施設			
	体温	平熱	前夜	朝	午前	/午後	時 / 時
	鼻汁	多い	少ない	ない	多い	少ない	ない
	咳	多い	少ない	ない	多い	少ない	ない
	ゼコゼコ	多い	少ない	ない	多い	少ない	ない
	嘔吐	無・有 (時間: 回数:)			無・有 (時間: 回数:)		
	便	普通便・軟便・下痢便・水様便 (時間: 回数:)			普通便・軟便・下痢便・水様便 (時間: 回数:)		
尿	普通		少ない	普通		少ない	
食事	昨夜	ミルク・水分	時 分 cc	午前	ミルク・水分	時 分 cc	
			時 分 cc			時 分 cc	
			時 分 cc			時 分 cc	
	夕食 (食欲あり・食欲なし)		おやつ		食欲あり・食欲なし		
			昼食 (全量摂取・2/3・1/2・1/3・0)				
	今朝	ミルク・水分	時 分 cc	午後	ミルク・水分	時 分 cc	
時 分 cc			時 分 cc				
朝食 (食欲あり・食欲なし)			おやつ			食欲あり・食欲なし	
薬を飲んだ時間	朝	時	分	昼	時	分	サイン
睡眠	良眠 ・ 不眠			良眠 ・ 不眠			
	睡眠時間 (: ~ :)			睡眠時間 (: ~ :)			
子どもの様子	元気 (あり・なし) 機嫌 (良い・悪い)			元気 (あり・なし) 機嫌 (良い・悪い)			

施設で服用するお薬はありますか? (ある ・ ない)
以下、ある方はご記入ください。
薬の内容 抗生物質・咳止め・外用薬・その他 ()
薬の剤形 錠・粉・液・外用・その他 ()
使用時間 時 分
または食事の 分前・後 その他 ()

投薬が必要な場合は、調剤薬局で発行される『薬の説明書』のコピーを利用申請書の裏面に添付してください。