# 病児保育日誌　令和　　年　　月　　日(　　日目)　記入者:　　(続柄　　)

※太枠内の記入をおねがいします。　　※この日誌は必ず診察前に小児科受付に提出してください。

| フリガナ | 生年月日: H・R　年　月　日 | 歳　か月 |
|---|---|---|
| 氏名 | 入室時間: | お迎え予定時間: | お迎え時間: |
| 緊急連絡先: (続柄:　) | お迎え予定者: (続柄:　) | |
| **解熱剤使用**:　可・不可 (使用時の連絡:　不要・要) | **体重**:　kg | **アレルギー有無**:　有・無 |
| **熱性痙攣既往**:　なし・あり (最終　歳　か月) | **痙攣予防薬使用**:　月　日　: | |

家庭での様子

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温 | | | | | | | | | | | | |
| 睡眠 | | | | | | | | | | | | |
| 水分(ミルク) | | | | | | | | | | | | |
| 薬 | | | | | | | | | | | | |
| その他(嘔吐・下痢など) | | | | | | | | | | | | |
| 解熱剤使用 | | | | | | | | | | | | |

子どもの様子

鼻水:　あり・なし

咳:　あり・なし

ゼロゼロ: 多い・少ない・ない

食欲: ある・ふつう・少ない・ない

朝食時間:　:

食べたもの＿＿＿＿＿＿

| 医師診察: | 病名: | |
|---|---|---|
| | 部屋割り: い・ぶ・み | 意見書: 病児・保護者 |
| | ◆インフルエンザ(A・B・陰性)　◆溶連菌(陽性・陰性)<br>◆アデノ(便・咽頭・眼)(陽性・陰性)<br>◆RSウィルス(陽性・陰性)　◆マイコ(陽性・陰性)<br>◆ロタ(陽性・陰性)　◆ノロ(陽性・陰性)　◆ヒトメタ(陽性・陰性) | |

| 指示 : 鼻吸引 (　時・　時) | (備考) | ☐持参薬確認済 |
|---|---|---|
| 吸入　生食2 / ベネトリン　ml (　時 / 時) | | ☐当日処方薬 (朝・昼)開始 |

病児保育室「ぽちぽち」での様子

| 時間 | 検温・処置 | 食事・睡眠・排泄など | 様子 |
|---|---|---|---|
| | | | |