

「おうちでの様子・持ち物確認票」 \*太枠内をご記入し利用日にご持参ください。

利用日	年 月 日	登録番号	歳 ヶ月	体重	Kg
お名前:			愛称:		
本日のお迎え	お迎えに来る方		続柄	お迎え時間	
	氏名:			時 頃	
緊急連絡先 *利用日に、 確実に連絡 がつくところを 記載して下さい。	①氏名: (勤務先の場合:勤務先名)		続柄	連絡先電話番号	
				保育室までの到着時間	約 時間 分
	②氏名: (勤務先の場合:勤務先名)		続柄	連絡先電話番号	
				保育室までの到着時間	約 時間 分
児童の容態 が変化した 場合	01 保護者が主治医に連れて行く		03 その他( )		
	02 実施施設が指定する医療機関で受診する。				
♥本日の症状を教えてください					
体温	昨晚: 時 °C 朝: 時 °C 解熱剤使用: 有・無 時使用		排便	最終排便: 日 性状: 普通・軟らかい・水様・硬い	
鼻水	多・少・なし		下痢の場合	昨日何回: 回 本日は: 回 多・少 最終何時: 時	
咳	多・少・なし 夜間の咳(有・無)		排尿	最終排便: 時 普通・少	
ゼイゼイ	有・無		発疹	部位: いつから: かゆみ: 有・無	
嘔吐	有・無 前日は: 回 本日は: 回 多・中・少 最後何時: 時 吐き気止め使用: 有・無 時使用		昨夜の睡眠	よく眠った・あまり眠れていない 睡眠時間: 約 時間	起床時間:
食欲 (栄養)	夕食は: 有・無 今朝は: 有・無 授乳: ml 最終何時: 時	朝食メニュー:	好きな遊び		
水分摂取	摂れている・あまり摂れていない・摂れていない		生活で気になるところ・性格・配慮してほしいことなど		
食物アレルギー: 有・無 ある場合除去食品( ) その他のアレルギー: 有・無 ある場合具体的に( )					
症状出現時の抗アレルギー薬 ある( )・なし					
けいれん: 有・無 ある場合:最終けいれんはいつですか?( 年 月 日 歳) 持参薬 有( )					
入院経験: 有・無 ある場合: 歳 ヶ月 の時に病名:					
薬について: 朝の薬は飲んできていますか? はい・いいえ・ありません 持参薬はありますか? 有・無 お薬の飲ませ方(スポイト・乳首・水に溶いてそのまま・その他)					



♥持ち物確認票(持ち物には全てお名前をご記入下さい)♥お薬には生年月日、お名前をご記入下さい

朝の☑にチェックを入れてください。



朝・帰	持参薬(軟膏などもご記入下さい)	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	昼食
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	お薬手帳または薬剤情報提供書	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	おやつ(午前、午後用)
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	①持参薬	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	水分(白湯、麦茶以外好むものがあればご持参ください)
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	②持参薬	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	フェイスタオル1枚
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	「藤沢市病児・病後児保育事業医師連絡票」	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	バスタオル2枚(お昼寝用に使います)
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	「おうちでの様子・持ち物確認票」	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	着替え・下着(各1組) *1~3歳児は2組お願いします。
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	保険証	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	食事用エプロン *1~3歳児はお願いします。
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	母子健康手帳	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	おむつ( 枚) *枚数をご記入ください。 下痢のお子様は多めに。
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	医療証	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	おしり拭き
<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	生活保護受給者証(該当者のみ)	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	ビニール袋(洗濯物入れ用大1枚、おむつ入れ用数枚)