

# 【 利 用 票 】

年 月 日 受付

◇児童の様子 わかる範囲でご記入ください。

利用年月日	年 月 日	時 分	時 分	分から	分から
氏名	愛称 ( )	年 月 日生 (血液型 型)	<input type="checkbox"/>	園	小学校 年生
◆現在の様子 午前・午後 時 分頃					
体 温	℃	咳	有	無	
鼻 汁	有 ・ 無	嘔 吐	有	無	
食 欲	有 ・ 無				
排 便	有 (普通・下痢 回) ・ 無	最終排便 ( 月 日 時頃)			
排 尿	有 (いつもと同じ・やや少ない・少ない) ・ 無	最終排尿 ( 月 日 時頃)			
そ の 他	気になる事項等あれば ( )				
◆既往症について (かかったことのある病気に○をつけてください。)					
突発性発疹・麻しん (はしか) ・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ					
ぜんそく (継続治療中・悪化時治療のみ) ・					
熱性けいれん (回数: 回/直近: 年 月 日/予防薬指示: 有・無 )					
その他 ( )					
◆予防接種について (○をつけてください。)					
ヒブ	受けた・受けていない	肺炎球菌	受けた・受けていない		
BCG	受けた・受けていない	三種・ポリオ/四種混合	受けた・受けていない		
MR (麻しん風しん)	受けた・受けていない	水ぼうそう	受けた・受けていない		
おたふくかぜ	受けた・受けていない	ロタ	受けた・受けていない		
B型肝炎	受けた・受けていない	日本脳炎	受けた・受けていない		
◆排泄について					
トイレ・オマル・オムツ使用 ( 尿意 ・ 便意 ⇒ 教える ・ 教えない )					
◆薬について					
処方・頓服薬	有 (飲み薬・坐薬・目薬・吸入・塗り薬・その他 ( ) ) ・ 無				
服薬方法	(例: 水と一緒に飲ませる など/ )				
◆アレルギーについて					
食事・薬・その他	有 ( ) ・ 無				
◆ミルク哺乳について (対象者のみご記入ください。)					
最終哺乳時間	時 分	哺乳量	ml		
次回哺乳時間	時 分	1回量	ml		
◆その他 (好きな遊びや興味のあるもの、また心配なことなどご記入ください。)					
( )					

確認欄	課 長	課長補佐	担当長	担 当	病児保育室 にじいろルーム