

# 記録票

氏名 ( )

利用日 年 月 日

★太枠内の記入をお願いします。

家庭での様子					病後児室での様子						
体温	昨日(朝)	昨日(昼)	昨日(夕)	昨日(夜)	本日(朝)						
鼻水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない					多い	少ない	ない			
咳	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない					多い	少ない	ない			
喘鳴	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない					多い	少ない	ない			
嘔吐	昨日: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (    回)					午前:    無    有 (    回)					
	本日(朝): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (    回)					午後:    無    有 (    回)					
便	<input type="checkbox"/> 無 (    日前)					無	普通	軟便			
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 (    回)					泥状便		水様便 (    回)			
尿	オムツ・パンツ (お昼寝) 尿意を訴えますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	量: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない (夕~朝    回)										
一般状態	皮膚: <input type="checkbox"/> かさつき <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かぶれ <input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> 打撲 眼: <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 目やに その他 (    )										
水分量	昨日: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 本日: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 水分の種類 (    )										
食事	昨日	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 量: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食べない									
	本日(朝)	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 量: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食べない									
薬	内服	昨日: <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 内服せず 本日: <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 内服せず									
	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用せず <input type="checkbox"/> 使用 (    :    °C)									
	その他の薬 (    )										
睡眠	時間 (    ~    ) <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠							良眠	不眠		
機嫌	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良					良好	普通	不良			
この症状はいつから始まりましたか?						1日の様子					
食事	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 普通 ミルク: <input type="checkbox"/> ほほえみ <input type="checkbox"/> ステップ 量(cc)・回数 (    cc    回) <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> 油抜き <input type="checkbox"/> 普通 アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (    )										
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (    )										
お迎え	時間 (    :    ) 誰が (    )					記入者:					