

お名前

才 ヶ月

(kg)

《 主な症状 》 発熱・咳・鼻水・喘鳴・頭痛・嘔吐・下痢・腹痛・耳痛・腫れ・発疹・湿疹・
結膜炎・眼脂

その他()

《 発症の経過 》

《 周囲での流行 》 有・無 (病名)

《 昨日から今朝の症状 》

熱: °C 薬: 内服(:)・内服せず 解熱剤: 使用(:)・不使用

食欲: 普・少・食はず 便性: 普・軟・泥状・水様 嘔吐: 有・無

睡眠: (: ~ :) 熟睡・断眠 (通常断眠 回・体調不良時 回)

自宅吸入: 有 (:) ・ 無

《 今回の症状に於いての主治医 》 (医院・ クリニック・ 医師会)

病名:

医師連絡票: 有・無 (直接・診察後入室)

処方: 有・無 いつから: / ()~

処方内容: 抗生剤・抗ウイルス剤・鼻の薬・咳の薬・咳止め・解熱剤・吐き気止め・下痢止め
整腸剤・抗アレルギー薬・点眼・点耳・貼り薬

その他()

《 同意書 》

当施設に於いては、感染予防に対しての出来る限りの対策 (空気清浄機・次亜塩素酸水による加湿・
スライザーによる遊具や寝具消毒・手洗いやうがいの励行など) を行っておりますが、保育室内感染を
100%予防できるものではありません。

当施設に於いては、医師が必要と認めた場合には以下の行為を実施することがあります。

(鼻腔吸引・気道吸入・簡易検査・簡易採血・坐剤の挿肛)

入室中の病状の急変により、お迎えにいらして頂くことがあります。

私は以上について理解し、保育室 (キッズメディカルステーション) に預けることに同意致します。

平成 年 月 日

依頼者

保護者氏名 _____

《 与薬依頼書 》

別紙の薬剤情報提供書、お薬手帳の内容通り、保護者に代わって与薬をお願い致します。

※ 処方変更時、追加処方時、薬局からの薬の受領を含む

平成 年 月 日

依頼者

保護者氏名 _____

与薬: 有 (① : ② : ③ :) 無

お食事: 給食 (粥・白飯・普通食)

お迎え:

お持込み

(:)

様)