

ままのて保育記録

年 月 日 ()
時 分 ~ 時 分

氏名		年齢 歳		ヶ月	体重 Kg	性別 男・女	
診察日 /	病院名		病名		薬：有()・無		
どんな症状ですか？		体温			今朝の薬：飲んだ・飲んでいない		
		日にち 時間		熱	機嫌	良 ・ 普通 ・ 悪	
		日	時 分	℃	元気	普通 ・ 少し ・ ない	
		日	時 分	℃	食欲	普通 ・ 少し ・ ない	
		日	時 分	℃	水分	とれている・とれていない	
		日	時 分	℃	睡眠	眠れた ・ 眠れない	
緊急連絡先 ① ②		今朝	時 分	℃	排便	水・泥・軟・普・硬 回	
		最後の解熱剤使用時間			禁止食品	ある ・ ない	
伝達事項がありましたらお書きください					(食品名：)		
					お迎えにくる人()		
					お迎え時間 時 分		

ままのてでの様子

熱	℃	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
40											
39											
38											
37											
36											
薬											
食事											
排泄 尿 便											
睡眠											
症状											
今日の様子											

同意書

①緊急を要する診察が必要な場合は谷村医院を受診します。
診察に際して医療費の請求が発生する旨を了承します。

②オムツが保育中に不足した場合は購入をします。(1枚 100円)

上記に同意し、署名します。

保護者氏名

利用料

円 領収いたしました

㊞

生活保護世帯に該当 する ・ しない

非課税世帯に該当 する ・ しない