

ベアルーム入室記録
【保護者記入欄】

年 月 日() ID: 入室 日目 初入室 退室

ふりがな		男・女	生年月日		体重
氏名		女	平成 年 月 日生 (歳 ヵ月)		kg
第4号様式病名:			今朝飲んだ薬はありますか。(無・有)⇒1日()回の処方 時間(:) 薬名()		
発熱	今回の症状で発熱は なし・あり⇒いつから() 昨日の最高体温(°C) 今朝(°C)		ベアルームで投薬する昼分の薬はありますか。(有・無) 薬名()		
機嫌	良好・悪い・倦怠・興奮・ムラがある		ベアルームでは、朝に内服した時間から、4時間後に昼分の投薬を行います。場合によっては、投薬の時間が遅くなります。		
鼻水	多・少・無		今回の病気で頓服を使用した場合は記入してください。		
咳	多・少・無		解熱剤(薬名() (回) 最終使用時間(:) ダイアアップ 1回目(:) 2回目(:)		
排泄	尿	多い・普通 少ない	便	最終(月 日 時) 硬・普・軟・水 (1日 回)	
嘔吐	なし・あり 胃腸炎症状 咳込み嘔吐 計()回		吐き気止め(薬名() (回) 最終使用時間(:) ベアルームに持参した頓服薬はありますか。(有・無)		
痛み・他	なし・あり 部位()		薬の名前()		
発疹	なし・あり 部位()		症状が悪化した場合は、持参の頓服薬を使用させていただきます。		
睡眠	時間(:)~(:) 良眠・時々起きた・不眠		緊急時は、医師の指示により症状に合わせた予備薬の投薬を行うことがあります。著しく症状が悪化した場合には、お迎えをお願い致します。		
食事	食欲	いつも通り・少なめ・なし 朝食時間(:)		予備薬一覧	
	水分	いつも通り・少なめ・飲まない		アルピニー コカール カロナール	
ミルクを持参される方は哺乳の希望量と時間を記入してください。			予備薬使用の許可 可・不可		
時間(:)	量(ml)	時間(:)	量(ml)	予備薬・頓服薬使用時 事前連絡 有・無	
時間(:)	量(ml)	時間(:)	量(ml)	既往歴 ・熱性けいれん ・食物アレルギー ・喘息 ・アトピー ・その他	
症状や、常時内服している薬等をご記入ください。			薬に関する全ての事項に 同意依頼致します。		保護者サイン

【ベアルーム記入欄】、【保育室での様子】

今日の保育時間	連れてきた方	お迎えの方	緊急連絡先				予約日	
~			母携帯	母職場	父携帯	父職場	その他()	
熱	°C	8:30	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	
	40							
	39.5							
	39							
	38.5							
	38							
	37.5							
	37							
	36.5							
	36							
尿							睡眠時呼吸チェック (1歳半まで) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55	
便								
形状								
痛み・発疹 喘鳴・他								
睡眠								
食事 水分								
機嫌	午前	良好・悪い・倦怠			午後	良好・悪い・倦怠		
鼻水	午前	多・少・無			午後	多・少・無		
咳	午前	多・少・無			午後	多・少・無		
投薬	定時	与薬サイン【 : 】		頓服薬	()			
		与薬サイン【 : 】		与薬サイン	【 : 】			
1日の様子								