

[sheet#1] 親御さん記入票 記入例

レスキュー日 2015年12月1日

お子さんのお名前	フローレンス花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	2才0ヶ月	体重	10 kg	平熱	36.5℃
----------	----------	----	---------------------------------------	----	-------	----	-------	----	-------

・隊員到着前にご記入ください。
 ・受診・往診・病状変化に伴う再受診に必要な事柄です。ご協力をお願いします。
 ・会員サイトよりダウンロードするか、原紙をコピーしてご使用ください。

※レスキュー初日は下記太枠内をご記入ください。

※レスキュー初日は下記左側の太枠内のみご記入ください。連日利用の際は続けて右側の枠をご記入ください。

熱の詳細	発生時	37.7℃	29日	14時	00分
	ピーク時	39.4℃	1日	02時	30分
今回の症状のはじまり					
11月26日から					
現在に至るまでの病状の経過・状態変化など					
26日から鼻水、咳が出ていた。 29日の午後から発熱。 30日38℃台でしたが、1日夜中に39℃台まで上がり、解熱剤を使用しています。					
今回の症状でかかった受診先					
マーガレットこどもクリニック					
受診時の検査					
なし/ <input checked="" type="radio"/> あり 検査名 インフルエンザ 陰性					
保育園で流行っている病気がありますか?					
なし/ <input checked="" type="radio"/> あり					
インフルエンザA・B/溶連菌/ウイルス性胃腸炎/その他					
突発性発疹に罹患していますか?					
ない/いる					
インフルエンザの予防接種をしていますか?					
しない/いる <input checked="" type="radio"/>					
往診時の処置を希望しますか?					
しない/医師の判断に任せる/する <input checked="" type="radio"/>					
※往診は訪問できない場合があります					
「する」場合、希望の → 吸入・鼻吸い・検査 如圖は? 登園許可証発行					
既往歴 (ご登録以外の追記情報)					
例) 肺炎 10月に8日間入院					
2015年8月に、RSウイルス感染症のため、 7日間入院しました。					
食事、睡眠、その他レスキューに関するご要望・注意点					
保育所では、11:30頃昼食、12:30頃お昼寝の リズムですが、体調が悪いので、本人の食欲や 眠気に合わせていただいて大丈夫です。					
レスキュー隊員メモ欄					

熱型表	熱の推移	前日からレスキュー当日のご様子			2日目 月 日			3日目 月 日			
		前日朝 09時	前日昼 13時	前日夜 02時	前日朝 時	前日昼 時	前日夜 時	前日朝 時	前日昼 時	前日夜 時	
		現在の熱		37.9℃	07時00分	℃	時	分	℃	時	分
熱		解熱剤の使用		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり	02時00分	なし/あり	時	分	なし/あり	時	分
		痙攣予防薬の使用		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり	時	なし/あり	時	分	なし/あり	時	分
咳		頻度		なし/ <input checked="" type="radio"/> 少し/多い	なし/少し/多い			なし/少し/多い			
呼吸		呼吸音		<input checked="" type="radio"/> 通常/ <input type="radio"/> ヒューヒュー・ゼエゼエ・ゼロゼロ	通常/ <input type="radio"/> ヒューヒュー・ゼエゼエ・ゼロゼロ			通常/ <input type="radio"/> ヒューヒュー・ゼエゼエ・ゼロゼロ			
		おたけの音		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり	なし/あり			なし/あり			
		吸入薬の使用		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり	時	なし/あり	時	分	なし/あり	時	分
鼻水		量		なし/少ない/ <input checked="" type="radio"/> 多い(透明/ <input checked="" type="radio"/> 黄色/鼻づまり)	なし/少ない/多い(透明/黄色/鼻づまり)			なし/少ない/多い(透明/黄色/鼻づまり)			
発疹		発生箇所		なし/ <input checked="" type="radio"/> 腕・足・背中・腹部・胸部 その他	なし/腕・足・背中・腹部・胸部 その他			なし/腕・足・背中・腹部・胸部 その他			
嘔吐		回数・状況		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり	30日から1回	なし/あり	日から回	なし/あり	日から回		
		状況		状況: 飲食時/泣いた時/咳き込み時	状況: 飲食時/泣いた時/咳き込み時			状況: 飲食時/泣いた時/咳き込み時			
便		状態		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり	30日から2回08時	なし/あり	日から回時	なし/あり	日から回時		
		状態		状態: 良好/軟便/水様性	状態: 良好/軟便/水様性			状態: 良好/軟便/水様性			
尿		量		<input checked="" type="radio"/> 普通/少ない/なし	普通/少ない/なし			普通/少ない/なし			
飲水量		量		多い/ <input checked="" type="radio"/> 普通/少ない/なし	多い/普通/少ない/なし			多い/普通/少ない/なし			
食欲		状態		普通/少ない/なし	普通/少ない/なし			普通/少ない/なし			
		朝食		07時 内容: 納豆ごはん 茶碗1/3	朝食 時 内容:			朝食 時 内容:			
睡眠		状態		良好/ <input checked="" type="radio"/> 悪い	前夜~今朝までの睡眠 23時0分 6時0分	良好/悪い	前夜~今朝までの睡眠 時 分 時 分	良好/悪い	前夜~今朝までの睡眠 時 分 時 分		
ご機嫌		状態		良好/ <input checked="" type="radio"/> 悪い/普段と同じ	良好/悪い/普段と同じ			良好/悪い/普段と同じ			
お薬		常備薬の服用		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり 薬品名	なし/あり 薬品名			なし/あり 薬品名			
		処方薬		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり 薬品名 ムコダイン、アスベリン ※お薬手帳に記載があれば不要です。	なし/あり 薬品名 ※お薬手帳に記載があれば不要です。			なし/あり 薬品名 ※お薬手帳に記載があれば不要です。			
		今朝の与薬時間		07時30分	時 分			時 分			
レスキュー中の与薬		なし/ <input checked="" type="radio"/> あり		なし/あり			なし/あり				
				※"あり"の場合は与薬依頼書の記入が必要です。			※"あり"の場合は与薬依頼書の記入が必要です。				