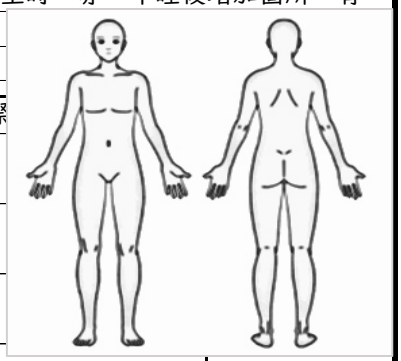
連絡票　【学童・手足口病】

令和　　年　　月　　日(　　)

名前（　　）年齢		利用時間　：　～　：	男・女　マーク
保育と看護で注意するところ	#1　口腔内に水疱による経口摂取困難と脱水の恐れ	保育の方向性	#1　児に応じて水分や食事など必要量が摂取できる

体温（基本2検）	午前		午後	
	来室時　： ℃	38.6度以上再検　： ℃	おやつ前　： ℃	再検　： ℃
排尿（4時間1回以上）	（時間）			
排便	（時間・性状）			
水分 4時間：250㎖	（時間・量）　合計　㎖			
機嫌、活気	良　・　不良	良　・　不良	良　・　不良	
かゆみ	強い・やや・ほとんどなし	強い・やや・ほとんどなし	強い・やや・ほとんどなし	
その他				
食事（量が少なく工夫した場合は関わりに記載しています）	午前間食　時　分 量	昼食　時　分 量	午后間食　時　分 （主食：　主菜：　副菜：　）　量	
定期服薬	朝の分（　：　）カルボステイン 実施者（　）		昼食分（　：　） 実施者（　）	
問題となる症状と対応 解熱剤等屯用薬使用や医師の診察・医療行為	（時間・問題・対応内容・サイン）		水泡の部位　来室時：赤　午睡後増加箇所：青	

保育の関わり　こどもの過ごす様子とかかわりの工夫・病状がある子どもへの養護の実際



看護師からのコメント

1☐　＊病状確認の必要性がありそうです。

明日利用される場合、朝の受診予約をお勧めします

2☐　↓病状が増強しています。右記ホームケア方法をご参照ください

3☐　→病状は継続中です。ご家庭で引き続き看病を続けてください

4☐　↑症状は改善し、順次通常の生活に戻してゆく事が出来そうです

ホームケア方法の提案

○　食事が摂りにくい時は刺激が少ないものも試して下さい

持ち物チェック		入室時	退室時	書類チェック	
薬　あり・なし（内服　　剤/外用　　剤/　冷中保管　あり・なし）				領収証（かけっこ　・　クリニック）	
☐お薬手帳　☐説明書　☐保険証　☐こども医療券　☐マイナ確認済				利用料減免申請書と添付書類	
お弁当・おやつの残りや容器　（特徴　　）名無				市外在住の方は勤務証明書	
水筒　（　　㎖　特徴　　）名無				冠婚葬祭（招待状など）	
着替え（上着　　下着　　靴下　　）名無				預かり中の様子の内容確認	
午睡タオル(　　特徴　　)名無				サイン	
靴下　あり・なし　上着　あり・なし	全確認サイン				

記録用紙は保管をお願い致します。紛失され、内容確認を希望される場合は、電話で問い合わせの上、顔写真付きの身分証を持って来室して下さい。個人情報保護の為、ご理解のほどお願い致します。

病児保育室かけっこ