

利用当日の健康チェック表

令和 年 月 日

利用児名 _____

◎ショートステイ利用当日は必要事項を記入したうえ、必ず持参してください。

今日の体温 (_____ 時 _____ °C)

緊急連絡先 (必ずご記入ください)	氏名	続柄	
	連絡先番号		
	氏名	続柄	
	連絡先番号		
	氏名	続柄	
	連絡先番号		

【 体 調 】 ※利用前日から当日の様子をお書きください。

◎睡眠	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 寝不足	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
◎排泄	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 下痢便 (間隔: _____ 時間くらい) <input type="checkbox"/> 便秘 (_____ 日目)
◎生理	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
◎食事	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちている	<input type="checkbox"/> むせが多い
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		
◎入浴	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> けが、傷がある
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

【 服 薬 】

☆ 白河学園ショートステイ利用中において、子どもの服薬補助、内服薬の管理を保護者に代わり行うことに (_____ 同意します ・ _____ 同意しません)。※服薬の必要な方のみ回答してください。

薬の名前・量	時 間	薬の剤形・飲み方
	朝・昼・夕 食前・食後 (_____ 時)	<input type="checkbox"/> 粉、 <input type="checkbox"/> シロップ、 <input type="checkbox"/> 錠剤、 <input type="checkbox"/> その他(_____) 1回あたりの量(_____ 袋、 _____ ml、 _____ 錠) 飲み方(_____)
	朝・昼・夕 食前・食後 (_____ 時)	<input type="checkbox"/> 粉、 <input type="checkbox"/> シロップ、 <input type="checkbox"/> 錠剤、 <input type="checkbox"/> その他(_____) 1回あたりの量(_____ 袋、 _____ ml、 _____ 錠) 飲み方(_____)
	朝・昼・夕 食前・食後 (_____ 時)	<input type="checkbox"/> 粉、 <input type="checkbox"/> シロップ、 <input type="checkbox"/> 錠剤、 <input type="checkbox"/> その他(_____) 1回あたりの量(_____ 袋、 _____ ml、 _____ 錠) 飲み方(_____)

[塗り薬、貼り薬など] 商品名、塗る頻度や場所などをご記入ください。

[その他、気になる点があればご記入ください] ※利用中の希望などもあれば教えてください。

◎職員確認欄 ※学園職員が記入します。 入所時検温 (_____ °C) 服薬対応 持ち物 預り証