

乳幼児ショートステイ 体調確認表

氏 名 :

ご利用の1週間前から記録をお願いします。

日にち	/ (7日前)	/	/	/	/	/	/	当日
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻 水	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下 痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
嘔 吐	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他 特記事項								

入所の際に施設に提出してください。

《施設連絡先》 東京都済生会中央病院附属乳児院

03-3451-8289