

# 体調不良時の献立変更申請書

平成 年 月 日 ( 曜日)

該当する項目に○印を付けてお答えください

クラス名 ( ) 名前 ( )

1. どのような症状が出ていますか	アレルギー症状 下痢症状 嘔吐
2. 体調はいつから悪くなりましたか	本日 昨夜 一日前 二日前 その他
3. 熱はありますか	ある ( °C) ない
4. 体に湿疹、発疹、蕁麻疹がありますか	ある (湿疹 発疹 蕁麻疹) ない
5. 機嫌は如何ですか	良い 普通 悪い
6. 鼻水は出ますか	出る 出ない
7. 咳は出ますか	出る 出ない
8. 食欲はありますか	ある 普通 ない
9. 嘔吐はありますか	ある 回 ない
10. 下痢症状がありますか	ある (水様便 泥状便 軟便 不消化便 白色便)
11. 病院で受診されましたか	はい いいえ
12. 薬を処方されましたか	はい いいえ
13. どのような薬剤ですか	アレルギー剤 下痢止め 整調剤 吐き気止め
14. 一日何回服用ですか	回

- 医師の指示はどの様なことがありましたか。
- 昨夜食べた物を記入してください。
- 朝、食べた物を記入してください。

---

給食室での対応.....(本日の献立).....

クラスでの様子

看護師の対応