見守りシート

※あてはまる項目がある場合には、かかりつけ医、受診相談センター又は保健所にご連絡ください。

お名前	男 女	生年月日				これまでかかったおおきな病気					
		食べ物のアレルギー					お薬のアレルギー				
		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
体温　（体温計があれば）											
酸素の値（SpO2）（測定機器があれば）											
心拍数（HR）（測定機器があれば）											
発熱											
38℃以上が3日以上持続											
意識											
ぼんやりしている											
もうろうとしている											
表情・外見											
顔色が悪い・唇が紫											
いつもと違う，元気がない											
呼吸											
咳や痰がひどくて眠れない											
息が荒くなった（呼吸が早い）											
肩で息をしている.											
鼻をぴくぴく・お腹や胸がべこべこ											
おなか											
何度も吐く											
お腹が、ひどく痛い。											
下痢が続いている（1日3回以上）											
尿											
尿の回数が少ない											
飲んだり・食べたり											
水分も取れない											
食事・おやつをたべない											
お薬が足りない											
心配なこと・相談したいことがある。											