


病状連絡票

平成 年 / ()

病児保育 かいつぶり 665-8897

お子様のお名前		男 女	年齢 歳	(名称:)	保育園・小学校
お父様 お名前	【 】勤務先 ()	勤務時間 (~)	電話番号 ()	【 】携帯番号 ()	
お母様 お名前	【 】勤務先 ()	勤務時間 (~)	電話番号 ()	【 】携帯番号 ()	
※【 】の中に、緊急時連絡先の優先順位を記入して下さい。					
本日のお迎え(誰):		時間: 時 分頃			
①どうされましたか?(いつから・どのような症状)		体重 ()Kg			
②何かお薬は使用しましたか?		(飲み薬・坐薬・吸入・塗り薬)		薬剤名:	
③昨夜はよく寝られましたか?		(寝られた ・寝られていない)		()時起床	
④熱の状態はどうですか?		昨夜 ()℃		今朝 ()℃	
⑤排尿・排便はありますか?		最終排尿 ()時		最終排便 ()時/便性 ()	
⑥食欲はどうですか?		食べたもの 昨夜()		今朝()	
⑦水分は取れていますか?		(はい いいえ)		今朝飲水量()mlくらい	
⑧アレルギーはありますか?(有 無)		アレルギーの食事制限(有 無)			
⑨熱性痙攣の既往はありますか?(有 無)		本日坐薬使用 (有 無)			
⑩喘息はありますか? (有 無)		最終吸入()時		薬剤名()	
⑪明日のかいつぶりご利用の希望はありますか?		(有 無)			
⑫発行を希望する書類はありますか?(○をつけて下さい)		治癒証明 ・ 利用連絡票 ・ その他()			
⑬かいつぶりで使用する薬はありますか?		有 薬剤名:		無 ひばりクリニック処方薬	
→お薬の飲ませ方を教えて下さい					
確認・受取者:		与薬者:		確認者:	
⑭好きな事・ものはなんですか?					
⑮好きな食べ物、嫌いな食べ物はなんですか?					
⑯オムツの使用はありますか?		無 有 (終日 お昼寝時のみ)			
⑰何かスタッフに気を付けて欲しいことがありましたら、ご記入下さい。		