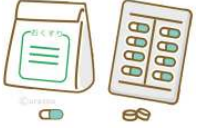



病状連絡票

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 ()	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			
明日のかいつぶりご利用の希望はありますか? (無 有 利用希望時間 : ~ :)				
利用中の投薬依頼の有無: 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ください				受取り者:
書類の発行希望はありますか? (○をつけて下さい) 治癒証明・利用連絡票・その他()				
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)		入眠時間(: ~ :)		
④熱の状態はどうですか?		昨夜 ()°C	今朝 ()°C	
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好きな事・ものはなんですか?				
⑫好きな食べ物、嫌いな食べ物はなんですか?				
⑬オムツの使用はありますか?		無 有 (終日 お昼寝時のみ)		
⑭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。				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ☆キャンセルの場合は 8:30までに必ずご連絡(665-8897)下さい☆  </div>				