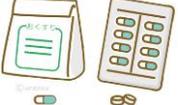


病状連絡票

/ ()

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
保護者① お名前	【 】勤務先 ()	勤務時間 ()	電話番号 ()	【 】携帯番号 ()			
保護者② 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? 好き:				嫌い:			
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。							

☆キャンセルの場合は8:00までに必ずご連絡下さい☆TEL:665-8897