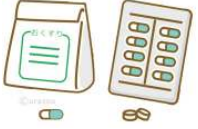


# 病状連絡票

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。				
☆キャンセルの場合は 8:30までに必ずご連絡(665-8897)下さい☆				

