

病状連絡票

名前

年 月 日

年齢 歳 カ月

園・学校名

体重 kg

身近で流行している病気

病名	症状が出た日・発熱日			月	日	
体温	昨夜	度	分 (時頃)	平熱	度	分
	今朝	度	分 (時頃)			
睡眠	時	分 ~ 時	分	(よく寝た・眠れなかった)		
機嫌	昨夜	良 普 悪	今朝	良 普 悪		
食事	多い・普通・少し	内容	昨夜	今朝		
鼻汁	なし・あり	(水様 混濁 黄色)	いつから			
咳	なし・時々・多い	いつから				
ゼーゼー	なし・あり・少し	いつから				
今朝排尿	なし・あり					
排泄	なし ()	日前に出た				
	あり	昨夜⇒硬・普・軟・下痢 (回)	今朝⇒硬・普・軟・下痢 (回)			
嘔吐	なし・あり (回)	いつ				
お薬	内服 (錠・粉・水)			時頃服用		
	外用 (テープ・目薬など)			時頃使用		
	ダイアップ坐薬 1回目 (月 日 時 分)			2回目 (月 日 時 分)		
	解熱剤 (錠・粉・水・坐薬)			°C で	時頃使用	
	服用方法					
好きな遊び						
睡眠方法						
アレルギー	なし・あり	詳細 :				
お子様について伝えておきたいこと、気になることがありましたらご記入ください						
お迎えの時間	時	分	時間が前後する場合は			
(父・母・祖父・祖母)			必ず連絡をお願いします			
※お子様の状態に応じて検査・処置・薬の処方・与薬をさせていただきます						
※病気の特性に応じてDr.の指示の下、部屋割りをさせていただきます						
同意者 ()						

持ち物チェック 本日持参している項目にチェックをお願いします

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 薬 (粉・水・坐薬) | <input type="checkbox"/> 着替え 上 (枚) | <input type="checkbox"/> オムツ |
| <input type="checkbox"/> おくすり手帳 | <input type="checkbox"/> 下 (枚) | <input type="checkbox"/> おしりふき |
| <input type="checkbox"/> 昼食 | <input type="checkbox"/> シャツ (枚) | <input type="checkbox"/> マイナ保険証 |
| <input type="checkbox"/> 飲み物 | <input type="checkbox"/> パンツ (枚) | <input type="checkbox"/> 受給者証 |
| <input type="checkbox"/> おやつ 2回分 | <input type="checkbox"/> 靴下 | <input type="checkbox"/> おもちゃ等 |
| <input type="checkbox"/> ミルク | <input type="checkbox"/> 防寒着 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 | | |