

病状連絡票

記入日 年 月 日()

名前		男・女	年 月 日生まれ(才 ヲ月)体重(kg)
病名	医師連絡票に明記されてる病名		発症日 (月 日)

お子様の症状	機嫌	よい・わるい
	熱	なし・あり (昨夜 °C)(今朝 °C)
	解熱剤使用	なし・あり (最後に使用した時間 時頃)
	けいれん	なし・あり (何時) 薬()
	咳	なし・あり (コンコン・ゴホゴホ・ゼイゼイ・その他)
	鼻水	なし・あり (水鼻・青鼻)
	嘔吐・嘔気	なし・あり (何時から) 最後の嘔吐()
	吐き気止使用	なし・あり (最後に使用した時間 時頃)
	発疹	なし・あり (何時から) 部位()
	かゆみ	なし・あり (何時から) 部位()
痛み	なし・あり (何時から) 部位()	

お子様の生活	食事	食欲	なし・あり
		朝食	食べた・食べてない
		昼食希望	普通食・腸炎食・離乳食(前期・中期・後期)(粥)・絶食
		ミルク	なし・あり 最終(時頃) (cc ・ 時間毎)
		母乳	なし・あり 最終(時頃) (cc ・ 時間毎)
	排泄	便	普通便・軟便・下痢(何時から 回/日)
		尿	普通・少ない (最後 何時頃)
睡眠	普通・少ない (理由)		

お子様の薬	朝の薬	なし・あり
	昼の薬	なし・あり
	塗り薬	なし・あり
	貼り薬	なし・あり
	目薬	なし・あり
	点鼻薬	なし・あり
	※薬の名前(処方箋のない場合)	
	解熱剤の使用	しない・する
使用前の連絡	不要・必要	

その他	病気の流行	なし・あり	(保育園・幼稚園・小学校・家) (病名)
	今までにかかった病名	突発性発疹・はしか・水痘・風疹 おたふくかぜ・百日咳	

同意書

※ 利用時に必要な、検査・処置・投薬について一任します。

保護者自署