

# ご家庭からの病状連絡票

平成 年 月 日( )

【お子様の名前】 (男・女) 年齢: 歳 ヶ月

(記入者名) ※下記の事項に☑及び必要事項を御記入下さい。

病名(おわりの場合)		(いつから: 月 日)	
昨日の過ごし方		<input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 保育所(園)・幼稚園・小学校 <input type="checkbox"/> 病児・病後児保育室	昨日の病状 <input type="checkbox"/> 改善している <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化している
病状	体温	昨夜: °C( 時頃 ) °C( 時頃 ) 今朝: °C( 時頃 ) °C( 時頃 ) 最高: ° ( / )	
	咳	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 無 ( いつから / ~ )	
	喘鳴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 無 ( いつから / ~ )	
	鼻汁	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 無 ( 水様 混濁 黄色 ) ( いつから / ~ )	
	便	<input type="checkbox"/> 有 昨夜→ 硬・普・軟・下痢 ( 回 ) <input type="checkbox"/> 無 今朝→ 硬・普・軟・下痢 ( 回 )	
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 時頃/ 回 )	
状態	機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い(どのような感じ?)	
	睡眠	時 分 ~ 時 分 <input type="checkbox"/> 夜泣き	
	食事	夕食( : ) <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 (内容: ) 朝食( : ) <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 (内容: )	
お薬	持参	<input type="checkbox"/> 有 【種類】 <input type="checkbox"/> 内服薬(粉・水) <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無	
	夜の薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 時頃使用)	
	朝の薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 時頃使用)	
	解熱剤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 時頃使用)	
	吸入治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 時頃使用)	
	飲ませ方		
熱性けいれんの既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【けいれん止めの使用: °C/ 時】	
インフルエンザ予防接種(冬期のみ記入)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ( 1回目・2回目 )		
※上記以外に お子さまのご様子や気になることがございましたら御記入下さい。			
本日の緊急連絡先	☎	/ 続柄:	
お迎えの時間	時 分頃	/ 父・母・祖父・祖母・その他	

ひだまり病児・病後児保育室