

# ご家庭からの病状連絡票

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(おわかりの場合)		(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(平熱) °C	昨夜: °C( 時頃 ) °C( 時頃 )	今朝: °C( 時頃 ) °C( 時頃 )
	咳	最高: °C ( / )	
	喘鳴	□多い □少し □無 ( いつから / ~ )	
	鼻汁	□有 □少し □無 ( 水様 混濁 黄色 ) ( いつから / ~ )	
	便	□有 昨夜→ 硬・普・軟・下痢 ( 回 ) □無 今朝→ 硬・普・軟・下痢 ( 回 )	
	嘔吐	□有 □無 ( 時頃/ 回 )	
状態	機嫌	□良い □普通 □悪い(どのような感じ?)	
	睡眠	時 分 ~ 時 分 □夜泣き	
	食事	夕食( : ) □多い □普通 □少量 (内容: ) 朝食( : ) □多い □普通 □少量 (内容: )	
お薬	持参	□有 【種類】 □内服薬(粉・水) □外用薬 □解熱剤 □その他 □無	
	夜の薬	□有 □無 ( 時頃使用)	
	朝の薬	□有 □無 ( 時頃使用)	
	解熱剤	□有 □無 ( 時頃使用)	
	吸入治療	□有 □無 ( 時頃使用)	
	飲ませ方		
熱性けいれんの既往	□有 □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)	□未 □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/人	時 分頃 / 父・母・祖父・祖母・その他		
	*上記の時間/人に変更がある場合は、必ず携帯の方に御連絡ください。		

ひだまり病児・病後児保育室

