

# 病状連絡票

平成 年 月 日

お子様のお名前	男・女	生年月日	H 年 月 日	体重	kg
記入者名	本日の緊急連絡先	携帯・職場	TEL:	(母・父)	
保育園名	お住まい		大阪市 ( ) 区)・市外 ( ) 市)		
食物アレルギー	無・有	{ 卵(つなぎ可・完全除去) 牛乳・乳製品(つなぎ可・完全除去) 小麦(調味料可・完全除去) 大豆(調味料可・完全除去) 鶏・牛肉 その他( ) }			
その他アレルギー	無・有 (薬など)				
☆避けてほしい食品があればご記入下さい ( )					
熱性けいれんの既往	無・有	けいれん止めの使用 ( ) 月 日 AM・PM : (に使用)			
初回年月日:		/ 最終年月日:		計 回	

今回の症状についてお書きください。

現在までの治療は?		昨日はどのように過ごしていましたか?	
<input type="checkbox"/> 外来治療を受けた(本院・他院: ) 診断名( ) <input type="checkbox"/> 入院治療を受けていた(本院・他院: / ) <input type="checkbox"/> 治療を受けていない		<input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に通っていた <input type="checkbox"/> 病児保育室を利用していた ( 本院 ・ 他施設: )	
症状は?	熱	無・有...いつから 月 日から 最高 月 日 時頃 °C 今朝の体温 °C	
	咳	無・少し・多い / ~	
	鼻汁	無・少し・多い / ~	
	下痢	無・有 ( 回) / ~	
	嘔吐	無・有 ( 回) / ~	
	食欲	有・無 朝食(食べた・食べていない) 水分摂取(摂れている・摂れていない) 普段のミルク(1日 回・1回量 cc) 朝のミルク(時間 : 量 cc)	
	機嫌	良い・悪い	
	発疹	無・有 (どこに: ) / ~	
	睡眠	眠れている・眠れていない( )	
	その他の症状	/ ~	
☆昨日から今朝までの症状は... ( 改善している ・ かわらない ・ 悪化している )			

冬季のみ記載 : インフルエンザワクチン接種について 未接種 / 1回済み・2回済み

お薬	持参の薬	無・有 ( 本院 ・ 他院 )
	内容	抗生剤・咳の薬・整腸剤・その他( )
	朝の薬	のんだ・のんでいない ※朝の薬をのんだ時間 ( : )
	解熱剤	未使用・使用 ( AM・PM : に使用)
	吸入治療	無・有 ( AM・PM : )

○お迎えはどなたですか?  
 母・父 / 祖母・祖父 / ファミリーサポート ( ) さん、 時 分まで預ける

○お迎えの時間

- 延長なし ( 時 分まで ) 17:00までにお越しください
- 延長あり  17:30まで  18:00まで

※ 翌日の利用について 利用を希望する ・ 利用しない