

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 歳 ヶ月 | 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) | | |
| 食事形態 | 離乳食未 ・ 初期食 ・ 中期食 ・ 後期食 ・ 完了食 ・ 普通食 | | | | |
| 食物アレルギー | 無・有 | 卵 (つなぎ可 ・ 完全除去 ・ 生のみ除去) 牛乳・乳製品 (つなぎ可 ・ 完全除去 ・ 牛乳のみ除去) ・ ミルクアレルギー 小麦 (調味料可 ・ 完全除去 ・ 醤油のみ可) 大豆 (調味料可 ・ 完全除去 ・ 大豆製品可) そば ・ ピーナッツ ・ ゴマ その他 () | | | |
| ☆未摂取・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 : (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"/> 治療は受けていない | <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 ℃ 今朝の体温 ℃ |
| 咳 | 無・少し・多い 月 日～ |
| 鼻汁 | 無・少し・多い 月 日～ |
| 下痢 | 無・有 (1日/ 回) 月 日～ |
| 嘔吐 | 無・有 (1日/ 回) 月 日～ |
| 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:) 月 日～ |
| 睡眠 | 眠れている ・ 眠れていない() |
| その他の症状 | 月 日～ |

☆ 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) 1日2回分 ・ 1日3回分 |
| | 朝の薬 | 飲んだ ※時間 (:) ・ 飲んでいない(飲み忘れ ・ その他()) |
| | 解熱剤 | 未使用 ・ 使用 (月 日 AM・PM : (使用) |
| | 吸入治療 | 無・有 (月 日 AM・PM :) |

○お迎えはどなたですか？
 母 ・ 父 / 祖母 ・ 祖父 氏名()
 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