

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:
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)				
熱性けいれんの既往	無・有 けいれん止めの使用(AM・PM : に使用)				

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？	
①外来治療を受けた(本院・他院:) 診断名()	① 自宅安静	
②入院治療を受けていた(本院・他院: /)	② 保育園・幼稚園に通っていた	
③治療は受けていない□	③ 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) 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)	
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 :)
病児保育室利用中、高熱時の解熱剤(座薬)の使用について	①希望する (°C以上になったら使って欲しい) ②できるだけ使用しないほしい ③病児保育室の判断に任せる	インフルエンザワクチン接種 済 (1回 ・ 2回) 未接種 (冬季のみ記載して下さい)
お迎えはどなたですか？ 時間 (:)に 母 ・ 父 祖母 ・ 祖父 (さん)		
※以下はスタッフが記入します		
お預かり物	母子手帳 ・ 保育園の連絡ノート ・ お薬手帳 ・ 薬剤情報提供書 お薬(1回分 ・ 全量) その他	
大阪市病児保育利用申請書 (済 ・ 未)		