

病状連絡票

令和 年 月 日

お子様のお名前		男・女	生年月日	H・R 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・学校名		お住まい	大阪市 () 区・市外 () 市		
食事形態	普通食(病児食) ・後期食(1歳以上は軟飯) ・中期食(1歳以上は七分粥) ・初期食 ・離乳食未				
食物アレルギー	無・有	<input type="checkbox"/> 卵 完全除去 ・ つなぎ可 ・ 生のみ除去(マヨネーズのみ提供あり) <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 完全除去 ・ つなぎ可 ・ 牛乳のみ除去 <input type="checkbox"/> 小麦 完全除去 ・ 醤油のみ可 <input type="checkbox"/> 大豆 完全除去 ・ 調味料可 ・ 大豆製品可 <input type="checkbox"/> その他 そば ・ ピーナッツ ・ ゴマ) ※エピペンを所持していますか? はい ・ いいえ			
☆未摂取・避けてほしい食品があればご記入下さい () ※そば・ピーナッツは提供しません					
★熱性けいれんの既往について	有 ・ 無 計 回 ・ けいれん止めの指示 有 ・ 無 °C以上 / 最終発作 年 月 (歳頃)				

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 °C 今朝の体温 °C
咳	無 ・ 少し ・ 多い 月 日～
鼻汁	無 ・ 少し ・ 多い 月 日～
嘔吐	無 ・ 有 (1日/ 回) 月 日～
下痢	無 ・ 有 (1日/ 回) 月 日～ 最終排便: 月 日 便性()
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 :)
	吸入治療 無 ・ 有 (月 日 AM・PM :)
○お迎えはどなたですか? フリガナ 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 ※時間変更は13時までです	
<input type="checkbox"/> 延長なし (時 分まで) 17:00までにお越しください	
<input type="checkbox"/> 延長あり <input type="checkbox"/> 17:30まで <input type="checkbox"/> 18:00まで ※予定より早まる場合は事前に連絡ください	