

病状連絡票(初回利用)

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	体重	
児童氏名				
		歳	ヶ月	
kg				
お迎え (:) 母・父・その他 (氏名 : 続柄)				
緊急連絡先	お名前: ()			
	連絡先: (携帯・職場)			
病院名:		診断名:		
症状:		いつから?		
・受診した際、先生からどのような説明を受けましたか?				
現状	来所前体温	°C		
	症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ()		
	様子	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> その他 ()		
前夜・今朝の様子	いつもと違ったことがあれば記入してください。			
睡眠時間	時 分~ 時 分(良・不良)	最終排便	月 日(普通・下痢・硬い)	
食事内容 <small>食べたものを記入してください。</small>	前夜 (:)	今朝 (:)		
朝の薬	なし・あり () 時頃			
ミルク	量	cc/1回	【回数】 回/1日	
	最後の授乳	:	【園で飲む時間】 時 時 時	
アレルギー	なし・あり 食物アレルギー含む、具体的な内容を記入 ()		主な症状	
座薬の投薬	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した【最終使用日時】 月 日 : 頃			
【詳細記入欄】				
熱性 けいれん	<input type="checkbox"/> ない	ある場合 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	抗けいれん薬の処方	
	<input type="checkbox"/> ある		初回	歳 ヶ月
			最後	歳 ヶ月
		これまでの回数	回	
持参品 <small>必要に応じておむつ等ご持参ください</small>	<input type="checkbox"/> 書類 (③病児病後児保育利用連絡票・④与薬依頼書・⑤病状連絡票初回・お薬手帳) <input type="checkbox"/> 衣服等 (洋服・下着上下2~3着・バスタオル2枚) <input type="checkbox"/> 薬、外用薬 (昼1回分のみ、必要に応じてお薬ゼリー等ご持参ください) <input type="checkbox"/> お弁当 離乳食 おやつ <input type="checkbox"/> 水筒 (お茶・水等) おやつ <input type="checkbox"/> おはし・スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> ビニール袋1~2枚			