

保護者からの連絡票

【受付日 平成 年 月 日】

保護者の方がご記入ください			
ふりがな		性別	年齢
お子さまのお名前		男 ・ 女	歳 月
お子さまの平熱	℃	お子さまの体重	kg

お預かり中、スタッフによる与薬がある場合は【与薬依頼書】が必要です。 用意して（ いる ・ いない ）

症状	今回の症状のはじまり、経過、状態変化などをお書きください		2日目からの発熱・咳・呼吸・鼻水の症状の推移を折れ線グラフにご記入ください <例>							
	① 熱→現在の体温	℃(時)	41.0℃ 40.0℃ 39.0℃ 38.0℃ 37.0℃ 36.0℃							
	ピーク時	日 時	℃							
	発生時	日 時	℃							
	② 咳→	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(多い・少ない)		多くでる 少しでる なし						
	③ 呼吸→	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> いつもと違う		ヒューヒュー ゼエゼエ ゼロゼロ なし						
④ 鼻水→	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(黄色・透明)		多くでる 少しでる なし							
⑤ 嘔吐→	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日から 回もどした)									
	状況→ <input type="checkbox"/> 飲食時 <input type="checkbox"/> 泣いた時 <input type="checkbox"/> 咳き込み時 <input type="checkbox"/> その他()									
⑥ 発疹→	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)									

体調	① 排便→日時 日 時	④ 食欲→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 朝食→ <input type="checkbox"/> 済み(時)
	便状→ <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 水様	⑤ 睡眠状態→ <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(時 分～ 時 分)
	便性→ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 白い <input type="checkbox"/> すっぱい臭い	お食事やお昼寝の時間等に関して、ご要望その他注意点があればお書きください
② 排尿→ <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> なし		
③ 飲水量→ <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> なし		

受診・与薬	① 前日までに受診して→ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ・いる場合 受診日(日) 受診先 _____ 受診結果 _____ ・受診の際に検査をして → <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(検査名)	質問事項	①お迎えの方の氏名： 携帯電話： お迎えの時間：
	② 現在服用している薬は（定期薬もご記入ください） → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日前から) ・薬品名→ <input type="checkbox"/> 別紙処方箋参照 ※上記以外の場合はご記入ください		②災害時、保護者の方以外にお子さまをお引渡しできる方は → <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる お名前 _____ いる場合 ご関係 _____ 連絡先 _____
	③ 入室前の解熱剤や気管支拡張薬の使用 ・今朝の与薬(吸入時間を含む)→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時) ・解熱剤→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日 時 分) ・気管支拡張薬→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日 時 分) 薬品名：		③園もしくは学校で流行っている病気がありますか → <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名→ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 ※上記以外の場合はご記入ください
			④今シーズンのインフルエンザの予防接種をして → <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> した()回

