

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

お子さまのお名前		男・女	お子さまの平熱	℃
生年月日	平成 年 月 日	(歳 か月)	お子さまの体重	kg

病児保育中に、スタッフによる与薬を希望される場合は【与薬依頼書】が必要です。 用意して (いる ・ いない)

症状について	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			
	① 熱	来院前の体温	時	℃
		ピーク時	日 時	℃
		発生時	日 時	℃
	② 咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> たんがらみ <input type="checkbox"/> かわいた		
	③ 鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (多い・少ない) <small>※ 必要に応じて、すこやかkidsクリニックにて吸引処置を行ってもよいか</small> <input type="checkbox"/> 連絡なしでもよい <input type="checkbox"/> 連絡後にしてほしい <input type="checkbox"/> してほしくない		
	④ 呼吸	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 苦しそう		
	⑤ 嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (日から 回もどした) <input type="checkbox"/> 吐き気あり <input type="checkbox"/> 咳戻し		
⑥ 発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位)			
⑦ その他				

体調について	① 排尿	現在のおしっこの量は <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 出ていない 最後におしっこが出た時間 時頃 (オムツ交換した時間)
	② 排便	<small>※複数チェック可</small> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 白い <input type="checkbox"/> すっぱい臭い 最後にうんちが出た時間 日 時頃 (オムツ交換した時間)
	③ 水分量	水分はとれていますか？ <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 飲めない
	④ 食事量	<input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食べられない 朝食→ 時間: 内容:
	⑤ 睡眠	<input type="checkbox"/> よく寝られた <input type="checkbox"/> あまり寝られていない 普段のお昼寝: 時間 (AM ・ PM)
	⑥ 元気さ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ぐったり)
	⑦ その他	

受診・お薬について	①	前日までに受診して → <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 受診日: _____ 医療機関名: _____ 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: _____
	②	普段から服用している薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬手帳または薬剤説明書の通り・その他) その他の薬品名: _____
	③	今回、処方された薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬手帳または薬剤説明書の通り・その他) その他の薬品名: _____
	④	入室前の薬の使用 今朝の内服時間: 時 分 解熱剤の使用 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※ ありの場合、最終使用時間:</small> 日 時

質問事項	①	お迎えの方の氏名: _____ 携帯電話: _____ お迎えの時間: _____
	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いますか → <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる お名前: _____ 続柄: _____ 連絡先: _____
	③	<small>※ 10/1~3/31 の期間だけお答えください</small> 今シーズンのインフルエンザの予防接種は受けましたか → <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済

※ 職員使用欄
