

病状連絡票

利用日：令和 年 月 日 利用希望時間（ 時 分～ 時 分）

児童名		男・女	年齢	歳	ヶ月	
保護者名	印	登園前体温	℃			
利用申し込み理由	就業 傷病 事故 出産 冠婚葬祭 その他()					
利用希望期間	年 月 日() ~ 年 月 日() 未定					
お子さまの送迎者	登園:		降園:			
緊急時の連絡先						
昼食について	持参	提供	メニュー()			

主な症状(○印をおつけください)

発熱	あり・なし いつから()	解熱剤の使用	あり(:) ・ なし
鼻水	多・中 少・なし いつから()	尿	多・普通・少
せき	多・中 少・なし いつから()	便	最終排便 月 日
ぜーぜー	多・中 少・なし いつから()	下痢	いつから() 昨夜：無 ・ 有 (回) 今朝：無 ・ 有 (回)
発疹	あり 部位() ・ なし いつから()	嘔吐	いつから() 昨夜：無 ・ 有 (回) 今朝：無 ・ 有 (回)

その他()

睡眠	(~) 眠れる ・ 時々起きる ・ 眠れない 好きな寝かた()
朝食	食べた ・ 食べてない 食事内容() アレルギー なし・あり()
機嫌	よい(普段通り遊べている) ・ だるそう ・ ぐずり気味 ・ 興奮
内服薬	内服しているお薬がある はい いいえ いつから内服していますか(日前から)
	内服しているお薬の名前()
	おうちでのお薬のみかた()
	今朝内服をした:内服時間(:) 今朝内服していない 持参薬 あり・なし

該当する方のみご記入ください

吐き気止め	なし ・ あり 飲み薬 ・ 座薬 使用時間(:)	外用薬	塗り薬 ・ 点眼 ・ 点耳 使用 : 前夜 ・ 当日期
けいれん止め	なし ・ あり 飲み薬 ・ 座薬 使用時間(:)	自宅吸入	無 ・ 有 吸入した時間()

★ 持ち物チェックリスト (※ 必ず記入をお願い致します)

手拭きタオル	お薬・お薬手帳	お弁当	はし類	おやつ(2回分)
バスタオル	食事用エプロン	スタイ	歯ブラシセット	水筒
おむつ	おしりふき	着替え	ミルク・哺乳瓶	好きなおもちゃ

持ち物その他()

園対応者	看護師名	印	保育士名	印
------	------	---	------	---