

家庭連絡票

登録番号 _____

令和 年 月 日

お名前	男・女		記入者				
生年月日	平成・令和	年	月	日	年齢	才	ヶ月
病名				体重	kg		
昨日はどのように過ごしていましたか？		1) 自宅安静 2) 保育園・幼稚園・小学校に通っていた 3) 病児・病後児保育室を利用していた(当院・他院)					
病状について	いつからどのような症状ですか？						
	発熱について 無 有(月 日から)	昨日	午前	℃	今朝	℃	
			午後	℃			
			夜間	℃	最高体温	℃ (日 時)	
	咳	無・少し・多い (月 日～)					
	鼻水	無・少し・多い (月 日～)					
	嘔吐	無・有(回) (月 日～)					
	下痢	無・有(回) (月 日～)					
	食欲	有・無(水分 取れている・取れていない 月 日～)					
	機嫌	良い・悪い					
発疹	無・有(どこに?) (月 日～)						
睡眠	良・眠れていない(なぜ?)						
その他病状で気になることがあればお書き下さい							
お薬について	持参薬 無・有(当院・他院)			朝の薬 飲んだ・飲んでいない			
	解熱剤 使用していない・使用した(日 午前・午後 : 最終)						
	吸入やけいれん止めなど使用されたら時間や内容をご記入ください						
薬の飲ませ方 (そのまま・水で溶く)							
熱性けいれんの既往のある方	予防投与(ダイアップ) しません・します(℃で使用) 最終発作は? 年 月						
お食事や薬・お昼寝について注意すること・ご希望などがあればご記入下さい(ミルクの量や、飲む時間も詳しくお書き下さい)							
緊急連絡先	Tel ()						
お迎え予定時間	時 分 (お迎え予定者)						