

保護者からの病状連絡票

(病児保育を利用される際に、記入してご持参下さい)

西暦 年 月 日 記入

お子様の名前	ふりがな	男 女	生年月日	年	月	日	歳		
			愛称:	体重:	kg				
利用日時	西暦	年	月	日	時	分から	時	分	
緊急連絡先	電話番号								
	電話番号								
※緊急連絡先は、利用当日に必ず連絡の取れる電話番号をご記入下さい									
今回の病気についてご記入下さい									
受診日	月	日	受診小児科 ()						
病名 ()	投薬を		受けている ・ 受けていない						
現在の症状 (あてはまるもの全てに○を)	発熱		℃	(平熱 _____℃)					
咳	鼻水	頭痛	嘔吐	下痢	腹痛	喘息発作	発疹	とびひ	目やに
元気がない	食欲がない	その他 ()							
※流行性角結膜炎(はやり目)・頭しらみはお預かりできません									
昨日からの症状について詳しくご記入下さい									
*睡眠時間 時 分頃 ~ 時 分頃まで (良 ・ 不良)									
持参した薬の内容 (薬剤情報提供書がある場合には、この依頼書と一緒にご持参下さい)									
内服薬 有 ・ 無		解熱剤 (座薬 ・ 頓服薬)		その他の薬					
最後に飲んだ時間 時 分頃		持参 (有 ・ 無)		座薬・吸入・その他 ()					
有の場合: 食前・食後		最終使用時間 時 分		薬品名					
時間指定 時頃 時間毎		使用時の体温 °C		使用方法					
一回の量 水薬 (目盛)		薬剤名 (商品名)		その他注意事項					
散剤 (袋)		使用量							
*薬は(飲めている・飲めていない・苦手)									
ミルク	飲ませ方 (1回	cc、	回/日)	※アレルギー		けいれんの既往			
	最後に飲ませた時間	時	分	有 ・ 無		有 ・ 無			
	こちらで飲む時間	時	時	具体的内容		最後は 歳 ヶ月			
昼食	持参・提供					処方薬 (有 ・ 無)			
朝食	摂取 有 (少 ・ 普 ・ 多) ・ 無					薬品名			
	朝食摂取時間	時	分頃						
排便:	オムツ (常時・昼寝時のみ)			排尿:	オムツ (常時・昼寝時のみ)				
	トイレトレーニング中 (手助け)				トイレトレーニング中 (手助け)				
	自立				自立				
最終排便:	月	日	性状 (下痢・普・硬)						
送り時の同伴者	母親 ・ 父親 ・ その他 (お名前)						続柄: ()		
お迎え時同伴者	母親 ・ 父親 ・ その他 (お名前)						続柄: ()		
予防接種が済んでいるものに○を、 すでに感染しているものに◎をつけて下さい				B型肝炎 ㊦ ヒブ 肺炎球菌 三種混合+経口ポリオ 四種混合 BCG 麻疹(M) 風疹(R) 水痘 おたふくかぜ 日本脳炎					
持参品	内服	解熱剤	掛け布団	タオル2枚	おしぼり	着替え	オムツ	おしり拭き	
	昼食	おやつ	お茶	ミルク	哺乳瓶	お薬手帳 (内服状況確認のため必ず持参)			
	DVD	おもちゃ	その他 ()						
上記のとおり、エンゼルキッズを利用しますので、申し込めます。 なお、利用期間中は施設の指示に従います。									
西暦 年 月 日									
保護者 _____									