

# 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	( 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	時間指定		最終使用時間	時	分	薬品名			
一回の量	水薬 (目盛)	散剤 (袋)	使用時の体温	℃					
*薬は(飲んでいる・飲めていない・苦手)			薬剤名 (商品名)	使用量					
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:					
	トイレトレーニング中 (手助け)			オムツ (常時・昼寝時のみ)					
	自立			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、	B型肝炎 ㊦ ヒブ 肺炎球菌 三種混合+経口ポリオ 四種混合								
すでに感染しているものに◎をつけて下さい	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、申し込みます。 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 _____									