

保護者からの病状連絡票

(エンゼルキッズを利用される際に、記入してご持参下さい。)

平成 年 月 日記入

お子さまの名前	ふりがな	男	生年月日	年	月	日	歳	
		女	愛称:		体重:		kg	
利用日時	平成	年	月	日	時	分から	時	分
緊急連絡先			電話番号() - () - ()					
			電話番号() - () - ()					
今回の病気について								
あてはまるものすべてに をつけ、必要なところをご記入ください。								
受診日	月	日	受診小児科	()				
病名は()			投薬を	受けている ・ 受けていない				
現在の症状() 発熱 _____ (平熱 _____)								
咳 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 喘息発作 発疹 とびひ めやに								
元気がない 食欲がない その他 ()								
昨日からの症状や服薬の様子について、詳しくご記入ください。								
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ください)								
内服薬 有 ・ 無		座薬			その他			
有の場合: 食前 ・ 食後 時間指定 時頃 時間おき 1回の量 水薬(目盛) 散薬(袋)		座薬持参 (有・無) 最終座薬使用時間 時 分 座薬名 (商品名)						
その他注意事項		使用量						
ミルク 飲ませ方 (1回 cc、 回/日)	最後に飲ませた時間 時 分			アレルギー体質 ある ・ ない				
こちらで飲む時間 時、 時、 時、 時	朝食 持参(普通食・幼児食・離乳食・下痢食) ・ 提供			具体的な内容				
朝食 摂取(有 ・ 無)								
排便 : ひとりできる ・ 手助け ・ おむつ				排尿 : ひとりできる ・ 手助け ・ おむつ				
登園時の同伴者	母親	父親	その他(お名前		続柄: ()			
降園時の同伴者	母親	父親	その他(お名前		続柄: ()			
持参品:								
予防接種が済んでいるものに を、既に 感染しているものに をつけてください。				水痘 おたふくかぜ 麻疹 風疹 三種混合				

上記のとおり、エンゼルキッズを利用したいので、申し込みます。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

平成 年 月 日

保護者 _____

久留米大学医療センター病児保育「エンゼルキッズ」