



保護者からの病状連絡票



※ご利用時は毎回ご提出下さい

※キャンセル及び入室時間変更の場合は7:30までに留守番電話にメッセージをお願いします。

ご利用日 西暦 年 月 日 曜日

お名前	ふりがな		男・女	生年月日	年	月	日	歳	ヶ月
	愛称:			体重:			kg		
お迎え	時間	時	分	来られる方 母・父・その他 (続柄:)	
※お迎え時間、お迎えに来られる方に変更がある場合は30分前にご連絡ください									
連絡先	緊急連絡先		①				電話番号		
	必ず連絡の取れる番号		②				電話番号		
受診	受診日	月	日	病院・医院名 ()					
	病名 ()			投薬を (受けている ・ 受けていない)					
	<input type="checkbox"/> 病児保育を利用して良いか確認をした			<input type="checkbox"/> 確認してない			※確認してない場合は利用ができません		
体温	今朝の体温		℃	昨日一番高かった体温		℃	平熱		℃
	検温時間 (:)			検温時間 (:)					
状態	活気	ある ・ なし			機嫌	良 ・ 普通 ・ 悪い			
	食欲	ある ・ なし			睡眠	: ~ : (良 ・ 不良)			
症状	咳	無 ・ 少 ・ 多			目やに	無 ・ 少 ・ 多			
	ゼコゼコ	無 ・ 少 ・ 多			発疹	無 ・ 有 (部位)			
	鼻水	無 ・ 少 ・ 多			嘔吐	無 ・ 有 (回 最終 時頃)			
	便	硬 ・ 普 ・ 軟 ・ 下痢 (回)			最終排便 月 日				
状	今回のご病気の経緯をお書きください								
持参したお薬	内服薬 有 (食前・食後) ・ 無			解熱剤 有 ・ 無			その他の薬 有 ・ 無		
	※薬は (飲む ・ にがて) <input type="checkbox"/> 水薬 (種類) <input type="checkbox"/> 散剤 (袋) <input type="checkbox"/> 錠剤 (錠)			使用する際の体温 ℃ 薬剤名 (商品名) 使用量 ※最終使用 / 時 分			外用・点眼・その他 () 薬品名 使用方法 その他注意事項		
食事	朝食 食べた (少・普) ・ 食べれず			ミルク (1回 cc)					
	食べた時間 時 分頃			こちらで飲む時間 時 時 時					
その他	排泄 オムツ (常時・昼寝時のみ) トイレトレーニング中 (手助け) 自立			アレルギー 有 ・ 無 具体的内容			けいれんの既往 有 ・ 無 最後は 歳 ヶ月 処方薬 (有 ・ 無) 薬品名		
	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 ㊦ 肺炎球菌 ヒブ ホリカ 3種混合 4種混合 5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	※持参したものに○をつけて下さい 内服薬 解熱剤 昼食 おやつ お茶 ミルク・哺乳瓶 おしぼり 掛け布団 タオル2枚 着替え オムツ おしり拭き DVD おもちゃ お薬手帳又は医療明細書 その他 ()								
上記のとおり、エンゼルキッズの利用を申し込みます。なお、利用期間中は施設の指示に従います。									
西暦 年 月 日				保護者氏名 _____					