

家庭からの連絡票

___月 ___日 ___曜日 氏名：_____ (___歳 ___ヶ月)

症 状	★体温	昨夜 (_____ °C)	今朝 (_____ °C)
	★熱	なし ・ あり (___月 ___日から)	★機嫌 (良 ・ 普通 ・ 悪)
	★咳	なし ・ あり (多 ・ 少)	★食欲 あり ・ なし
	★鼻水	なし ・ あり (多 ・ 少)	★睡眠 (良 ・ 悪)
	★嘔吐	なし ・ あり (_____ 回)	★その他の症状・気になること (_____)
	★下痢	なし ・ あり (_____ 回)	
	★湿疹	なし ・ あり (部 位 _____)	

薬	<input type="checkbox"/> 投薬依頼 (_____) なし ・ あり	飲み薬	薬剤名： _____	受理者 (_____)
	<input type="checkbox"/> 粉 末 (_____ 包) (食前 ・ 食後)	外用薬	薬剤名： _____	受理者 (_____)
	<input type="checkbox"/> シロップ (食前 ・ 食後)		最終服用 (_____ 時 _____ 分) ・ 服用せず	
	・ 投薬方法 <input type="checkbox"/> とかす <input type="checkbox"/> ねる <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> (_____)	解熱薬	薬剤名： _____ (<input type="checkbox"/> 飲み薬 ・ <input type="checkbox"/> 坐薬)	受理者 (_____)
		使用した回数 (_____ 回)	最終服用 (_____ 時 _____ 分) ・ 服用せず	

過去にけいれん歴 _____ なし ・ あり

『あり』の方 過去 _____ 回 最終 _____ 歳 _____ ヶ月

ダイアップ指示 なし ・ あり

今回使用せず ・ 今回使用 (1 本目 _____ 時 _____ 分 ・ 2 本目 _____ 時 _____ 分)

食物アレルギー なし ・ あり (具体的に _____)

お迎え 時 _____ 分頃 (_____) ※18時までのお預かりとなります

本日の緊急連絡先 — — (父・母・祖父母・他 _____)

☆緊急時の診察・検査・処置などについて☆

承諾いたします 署名： _____