

病状連絡票

平成 年 月 日

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| お子さまの名前 | | | |
| 食物アレルギー | 無 ・ 有 | 卵(つなぎ可・完全除去) 牛乳・乳製品(つなぎ可・完全除去) 小麦(調味料可・完全除去) 大豆(調味料可・完全除去) 鶏・牛肉・豚肉 その他() | |
| その他のアレルギー | 無・有 (薬など) | | |
| 熱性けいれんの既往 | 無・有 痙攣止め使用(月 日 AM・PM に使用) 初回 年 月 日 / 最終 年 月 日 計 回 | | |

今回の症状について

| | | | |
|---------|---|--|--|
| 熱 | 無・有…いつから 月 日から 昨夜の体温 °C / 今朝の体温 °C 解熱剤 未使用・使用 (AM・PM : °Cで使用) | | |
| 咳 | 無・少し・多い | | |
| 吸入治療 | 無・有 (最終時間 :) 吸入の薬品名() | | |
| 鼻汁 | 無・少し・多い | | |
| 下痢 | 無・有 (いつから /どのくらい) | | |
| 嘔吐 | 無・有 (いつから /どのくらい) | | |
| 発疹 | 無・有 (いつから どこに) | | |
| 機嫌 | 良い・悪い | | |
| 睡眠 | 眠れている・眠れていない () | | |
| 朝尿 | 有・無 | | |
| 本日検査の提出 | 無・有 (尿検査・便検査・その他) | | |
| 水分 | 摂取可・摂取困難 () | | |
| 食欲 | 有・無 食事状況で気になること() *朝飲まれたミルクの時間 : / 量 cc ミルクを飲む時間間隔とその量(時間おきに cc飲ませてほしい) | | |

お薬について

| | | | |
|------|--|--|--|
| 朝の薬 | 飲んでいない・飲んだ *朝の薬を飲んだ時間(:) 飲まれたお薬の薬品名() | | |
| 本日の薬 | 無・有 粉薬: 水薬: 点眼: 塗り薬: | | |
| | 朝受診された方…薬の追加処方 無・有 / お薬の変更 無・有 *内服については医師の指示に従います | | |

○お迎え 母・父 / 祖母・祖父・ファミリーサポート その他の方(さん)

○お迎えの時間 (:) *日中必ず連絡がつく連絡先()

□申請書の受け取り □クリニック精算(木曜日はもりの風) □夕方受診

《その他気になること》