

連絡票

令和 年 月 日 入室(:) 退室(:)

フリガナ	
お名前	男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日 才

発症	月 日
診断名・症状	診察日 月 日

現在までの様子

状態	昨日と比べ：改善・同じ・悪化
熱	無・有 今朝 °C (最高 °C)
解熱剤	未・使用 (最終 :)
咳	無・少・多 / ~
ゼーゼー	無・有 / ~
鼻水	無・少・多 / ~
嘔吐	無・有 (回) / ~
痛み	無・有 頭・喉・腹・耳 その他 / ~
発疹	無・有・継続・終息 月 日~ 月 日 顔・足・腹・背中・おしり その他 ()
けいれん	過去に 無・有 [いつ] けいれん座薬の最終使用 年 月 日
排泄方法	おむつ・トイレトレーニング中・自立
尿量	普通・少 (最終排尿 時頃)
便	普通 (回)・軟 (回) 下痢 (昨日 回・今朝 回)・無
食欲	[昨夜] 無・有・少なめ・普通 [今朝] 無・有・少なめ・普通
水分	[昨夜] 無・有 [今朝] 無・有
ミルク	() 時間ごと () cc 最終 (:) () cc
本日の昼食	お弁当・無
本日のおやつ	有・無

睡眠	良眠・浅い・不眠 (: ~ :)
就寝時の癖 (寝かせ方)	おんぶ・とんとん・おしゃぶり・ だっこ (縦・横)・その他
体調	元気・横になっている おとなしい・起きて遊ぶ その他 ()
薬	(昨夜) 無・済・未 (今朝) 無・済・未 今朝の内服時間 (:) 頃
アレルギー	無・有 卵・牛乳・乳製品 その他 ()
薬アレルギー	無・有 どのような薬： どのような症状：
インフルエンザワクチン 接種	未・済 (1回・2回)
検査結果の連絡	必要・不要

ご家庭からの連絡事項があればご記入ください

保護者の 勤務先名	TEL	
緊急連絡先	(第一)	(続柄)
氏名・電話番号	(第二)	(続柄)
お迎え予定者	お迎え予定時刻 (:) 頃	