

病状連絡票

令和 年 月 日

名前				記入者名			
食事形態	普通食	後期食	中期食(すりつぶし要・不要)	離乳食未			
食物アレルギー	無・有	※通所施設に提出されている、『アレルギー指示書』のコピーを頂く場合があります。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他(そば・ピーナッツ・ゴマ) ★エピペンを所持していますか? はい ・ いいえ					
未摂取・避けてほしい食品があればご記入ください() ※そば・ピーナッツは提供しません							
熱性けいれんの既往について	無・有 計 回 最終発作 年 月 (歳頃) けいれん止めの指示 無・有 °C以上(使用薬:) ※熱の上昇傾向がみられる場合、お迎えに来ていただきます。必ずすぐに連絡のつく電話番号をお知らせください。 ※座薬はお預かりできますが、すぐにお迎えにおかして頂く前提での挿肛になります。						

今回の症状について

昨日の過ごし方		<input type="checkbox"/> 保育施設・幼稚園などに通っていた <input type="checkbox"/> 休日で元気に過ごしていた <input type="checkbox"/> 自宅で安静にしていた <input type="checkbox"/> 病児保育室を利用していた(施設名) <input type="checkbox"/> 入院していた(病院名)					
症状	熱	無・有 (月 日から 最高 月 日 時頃 °C) 今朝 °C					
	咳	無・少し・多い 月 日～					
	鼻汁	無・少し・多い 月 日～					
	嘔吐	無・有 (回/日) 月 日～					
	下痢	無・有 (回/日) 月 日～ 便性()					
	食欲	無・有 朝食(いつも通り食べた・少量食べた・食べてない) 水分摂取(摂れている・摂れていない) 朝ミルク(時 分頃 mlを飲んだ) 病後児ルームで飲ませてほしいミルク量と時間 例)16時頃に160ml ()					
	機嫌	良い・悪い					
	発疹	無・有(場所:) 月 日～					
	睡眠	眠れている・眠れていない ()					
	その他症状	月 日～					
お薬	持参の薬	無・有(水薬・粉薬・その他 服用時間)					
	朝の薬	飲んだ(時 分頃)・飲んでいない(飲み忘れ)・処方なし					
	解熱剤	未使用・使用(月 日 AM・PM :)					
	吸入治療	無・有 (月 日 AM・PM :)					