

# 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 ℃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 ℃)		
	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 : )		