

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 :) | | |