

家庭との連絡票

登録番号 _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| 名前 | 生年月日 平成令和 年 月 日 | | |
| 病名 | (歳 か月) | | |
| 昨日はどのように過ごされましたか？ | | | |
| 1 自宅安静 2 保育園、幼稚園、小学校に通っていた 3 病児保育園を利用していた（当院・他院） | | | |
| 病状について | 発熱 | 無 ・ 有 (月 日から) 最高の体温 ℃ (月 日) 時頃 今朝の体温 ℃ | |
| | 咳 | ・なし ・時々 ・よく出る (月 日頃から) | |
| | 鼻水 | ・なし ・時々 ・よく出る (月 日頃から) | |
| | 嘔吐 | ・なし ・あり (回/日 : 月 日頃から) | |
| | 下痢 | ・なし ・あり (回/日 : 月 日頃から) | |
| | 食欲 | ・あり ・なし (月 日頃から) | |
| | 発疹 | ・なし ・あり (月 日頃から) どこに () | |
| | 機嫌 | ・よい ・わるい | |
| | 睡眠 | ・よい ・眠れていない (のため) | |
| お薬について | ・持参薬 なし あり (当院 ・ 他院) ・朝の薬 飲んでいない ・ 飲んだ () ・解熱剤 使用していない 使用した (最終に使用したのは 月 日 時頃) | | |
| 食事について | ・アレルギー なし あり () ・ミルク () ml () 時 () 時 () 時 () 時 | | |
| 熱性けいれんの既往歴 | なし あり(年齢・回数・対処方法など) | | |
| お迎え時間 | 時 分頃 | | |
| お迎え予定者 | 続柄() 連絡先(Tel ()) | | |