

家庭連絡票

※太枠内を御記入ください。

利用日 年 月 日 ()

ふりがな
児童氏名 (男・女)

生年月日
年 月 日 (歳 か月)

病名

主症状 いつから (月 日から)

家庭での様子

体温	平熱	度	薬	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用した (時 分)		
	昨夜	時 分		度	痙攣止め	<input type="checkbox"/> 使用せず	
	今朝	時 分		度	今朝の内服	<input type="checkbox"/> 内服した (時 分) <input type="checkbox"/> 内服せず	
咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い ()		排便	前日	回 (普・硬・軟・水)		
鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い			今朝	回 (普・硬・軟・水)		
嘔吐	前日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)	排尿	前日	回		
機嫌	今朝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)		今朝	回 (最終 時 分)		
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れていない (時 分 ~ 時 分)		食事	夕食	内容		
家庭から	記入者 ()				朝食	量	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少ない
						食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		内容	量	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少ない			
			食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			



与薬 説明書の添付 有・無 (説明)

1 種類 粉 (種)、シロップ (種)、錠剤 (種)、外用薬 (部位)、その他 ()

2 時間 昼食 (前・後)、おやつ (前・後)、その他 ()

与薬を病後児保育室に依頼します。保護者署名 _____ 与薬者 : ()

体温測定	(時)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	昼食
	40.0												
	39.0												
	38.0												
	37.0												
36.0													
生活													おやつ
排泄													

前	後	保育	看護
			
		()	()

緊急連絡先 : ① _____ ② _____ 利用 可・不可 ()