

家庭からの連絡票（ご家庭⇒ひだまり）

年 月 日（ ）

お子様の名前 () さま)		年齢 歳 ヶ月 小学 年生		こども園・保育所・幼稚園・小学校名 ()	
アレルギー：無・有		卵 牛乳 大豆 小麦 その他：		弁当・おやつ 無・有 の持参	
体 温	○ 熱はいつから出ていますか？ (月 日 時頃) から				
	○ 昨日、一番高かった熱は？ (時 分) (°C)				
	○ 昨夜の熱は？ (時 分) (°C)				
	○ 今朝の熱は？ (時 分) (°C)				
解熱剤の使用	・無 ・有 (月 日 時 分) 薬名 ()				
持参した くすり	○ 飲み薬： ・無 ・有 (薬名				
	○ 飲む時間： ・昼食後 ・その他 (時・)				
	○ 朝や夕方、寝る前に飲んでいる薬： ・無 ・有 (薬名)				
	○ 貼り薬や吸入薬 ・無 ・有 (薬名)				
	○ 症状に応じて使う薬： ・無 ・有 (薬名) ※どんな時に ()				
受診病院	病院名：		電話番号		
睡 眠	睡眠時間 (時 分 ~ 時 分) ○ よく眠れた ○ あまり眠れていない ○ ほとんど眠れていない				
食 事	○ 夕食の食べた量は？ (普段と同じ 少ない 水分のみ 何もとれない) ○ 朝食の食べた量は？ (普段と同じ 少ない 水分のみ 何もとれない)				
便	○ 昨日： ・出てない ・出た (普通 硬い 軟らかい 下痢)				
	○ 今朝： ・出てない ・出た (普通 硬い 軟らかい 下痢) ☆ 下痢の場合： いつから (月 日) 1日 () 回				
尿	おしっこの回数： (いつもと同じ やや少ない 少ない) ☆最後におしっこした時間 (時 分頃)				
症 状	○ 機嫌： ・悪い ・元気がない ・ぼーっとしている ・普段と同じ				
	○ 咳： ・多い ・少ない ・なし ・寝ると出る				
	○ 鼻水： ・多い ・少ない ・なし				
	○ 痛み： ・無 ・有 (場所)				
	○ 腹痛： ・無 ・有				
	○ おう吐： ・無 ・有 (最終 月 日 時 分頃) () 回				
○ 発疹： ・無 ・有 (顔 ・ 胸 ・ 腹 ・ 背中 ・ お尻 ・ 足 ・ 腕)					
お迎え	誰が () (時 分)				
気になること・伝えておきたいこと					
記入者： ()					