

# 家庭からの連絡票（ご家庭⇒病後児室）

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 の持参 無 ・ 有	
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				給食献立の確認 ○ 献立通り ○ 未摂取の物あり、除去必要	
				記入者： ( ) ※担当記入欄	