

病状連絡票

※病児保育室を利用する際、お子さんの様子が分かる方(保護者)が記入してご持参ください。

平成 年 月 日

ふりがな お子さんの名前		男・女	年齢	歳 ヶ月
ふりがな 保護者氏名				
●いつからこの症状が始まりましたか？ 月 日 頃から				
●他院を受診しましたか？ (はい・いいえ)				
病院名				
診断名				
●昨日から、今朝の症状についてお書き下さい。				
・体温: 夜 °C 朝 °C				
解熱剤使用: 無・有 (時 分) (座薬・粉薬・シロップ)				
・鼻汁 多い・少し・無				
・咳 多い・少し・無				
・喘鳴 多い・少し・無				
・嘔吐 無・有 (いつから: 回数 回)				
吐き気止め使用: 無・有 (時 分) (坐薬・粉薬・シロップ)				
・便 無・有 (回) 普通・軟便・泥状便・水様便				
・その他: ()				
●食欲はどうか？				
・水分はとれていますか？ 充分・少量				
・夕食 普通・少量・食べない				
・朝食 普通・少量・食べない				
●睡眠はとれましたか？				
・充分 時～ 時まで				
・不眠 咳で・鼻水で・嘔吐で・下痢で・その他()				
●薬についてお書きください。				
①当院の薬 月 日から内服				
②他の病院でもらって飲んでいる薬はないですか？				
有・無 ※有と答えた方…処方薬・薬をご持参下さい。				
・今朝は薬を飲みましたか？				
内服した 当院の薬・他院の薬 (時 分) ・内服せず				
●今回の病気以外で現在治療中の病気があればお知らせください。(中耳炎など)				
無・有 () 病院名()				