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。

年　　月　　日

ふりがな お子さんの名前		男・女	年齢	歳　　ヶ月

●いつからこの症状が始まりましたか？　　月　　日頃から

●どこか病院を受診しましたか？　（　はい　・　いいえ　）

病院名

診断名

当院受診時

℃

kg

●昨日から、今朝の症状についてお書き下さい。

・体温：　平熱　　℃　昨夜　　℃　今朝　　℃

解熱剤使用：　なし　・　あり（　　時　　分）

・熱性けいれん：　なし　・　あり

ダイアップ使用：　なし　・　あり（　　時　　分）

・鼻汁　多い　・　少し　・　なし

・咳　多い　・　少し　・　なし

・喘鳴　多い　・　少し　・　なし

・嘔吐　なし　・　あり　（いつから：　　回数　　回）

吐き気止め使用：なし　・あり（　　時　　分）

・尿　多い　・　普通　・　少ない

・便　なし　・　あり　（　　回）　普通　・　軟便　・　泥状便　・　水様便

・その他：（　　）

●食物アレルギーはありますか？

なし　・　あり　（卵　・　牛乳　・　小麦粉　・　その他：　　）

●食欲はどうですか？

・水分はとれていますか？　充分　・　少量

・夕食　充分　・　少量　・　食べない

・朝食　充分　・　少量　・　食べない

●睡眠はとれましたか？

充分　・　不眠　（咳で　・　鼻水で　・　嘔吐で　・　下痢で　・　その他（　　））

睡眠時間　（　　：　　～　　：　　）

●薬についてお書きください。

①今、内服している薬はありますか？　（　あり　・　なし　）

②ありの方はどこの病院で処方された薬ですか？

（　　）

③今朝は薬を飲みましたか？

内服した　（　　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)

なし　・　あり　（　　病院名（　　）

20200401