

家庭との連絡票

年 月 日 入室 (:) 退室 (:)

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
平熱・体重	°C kg

●現在までの様子

状態	昨日と比べ: 改善・同じ・悪化
熱	無・有
	今朝 °C (最高 °C 月 日)
解熱剤	未・使用 (最終使用 月 日 時 分)
咳	無・少・有
喘息	無・有
鼻水	無・少・有
嘔吐	無・有 (最終 日 時頃) 合計 回
痛み	無・有 (頭・喉・腹・耳)
	その他 ()
発疹	無・有・継続・終息
	月 日～ 月 日
	顔・足・腹・背中・お尻 その他 ()
けいれん	過去に 無・有 (いつ)
便	普通便・軟便・下痢
食欲	[昨夜] 無・有 (少なめ・ふつう)
	[今朝] 無・有 (少なめ・ふつう)
水分	[昨夜] 無・有 (少なめ・ふつう)
	[今朝] 無・有 (少なめ・ふつう)

●今日の昼食

昼食	給食: 幼児食・小学生食・離乳食 アレルギーのため持参・アレルギーはないが持参
ミルク	無・有 (持参・園のもの)

●明日の予約

無・有 (時 分～ 時 分)
給食: 幼児食・小学生食・離乳食 アレルギーのため持参・アレルギーはないが持参

●写真掲載について (ホームページや資料等)

可・不可	★掲載の際にはスタンプなどで顔が特定されないようにし掲載致します。
------	-----------------------------------

●以下、離乳食・ミルクの方のみ記入して下さい。

・ミルクの間隔 () 時間おき	・離乳食後にミルクが必要 はい () ml/回・いいえ
・ミルクの量 () ml/回	・おやつ後にミルクが必要 はい () ml/回・いいえ
・最後にミルクを飲んだ時間 時 分	

●その他に、何か伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

--

発症	月 日 時ごろ
診断名・病状	
診察日	月 日 (医院名:)

昨夜の睡眠	時 分～ 時 分
薬	[昨夜] 無・済・未
	[今朝] 無・済・未
アレルギー	無・有 (卵・小麦・乳製品・牛乳)
	その他 () 【緊急薬の持参】 無・有
薬アレルギー	無・有
	薬名 () どのような症状 ()

お迎え	時 分
どなたが	(名前)

※お迎え時、保護者の方の身分を証明できるものをお持ちください。

緊急連絡先	① ☎ ()
	② ☎ ()

※必ず2つお書きください。

●本日 お預かりの薬

無・有 (有の方は下記の該当する欄を記入して下さい。)	
時間: 食前・食後・痛みや症状が出た時	
【飲み薬の場合】飲み方: ()	
とんぶく薬	◎解熱剤 °C以上の時に使用 (最終使用から6時間以上あけること)
	◎痛み止め・吐き気止め・その他 ()
	最終使用 月 日 時 分 (最終使用から 時間以上あけること)
その他	◎塗り薬・貼り薬・目薬・その他 ()
	使用する部位: ()
	◎上記に該当しない薬 ()

※処方箋やお薬手帳をお持ちください。