

# 病状連絡票

記入日 令和 年 月 日( )

名前		男・女	H・R 年 月 日生 ( 才 カ月)体重( kg)
病名	医師連絡票に明記されてる病名		発症日 ( 月 日 )

お子様の症状	機嫌	よい・わるい
	熱	なし・あり (昨夜 °C)(今朝 °C)
	解熱剤使用	なし・あり (最後に使用した時間 時頃)
	けいれん	なし・あり (何時 ) 薬( )
	咳	なし・あり (コンコン・ゴホゴホ・ゼイゼイ・その他 )
	鼻水	なし・あり (水鼻・青鼻)
	嘔吐・嘔気	なし・あり (何時から ) 最後の嘔吐( )
	吐き気止使用	なし・あり (最後に使用した時間 時頃)
	発疹	なし・あり (何時から ) 部位( )
	かゆみ	なし・あり (何時から ) 部位( )
痛み	なし・あり (何時から ) 部位( )	

お子様の生活	食事	食欲低下	なし・あり
		朝食	食べた・食べてない
		昼食希望	普通食・腸炎食・離乳食(前期・中期・後期)・絶食
		ミルク	なし・あり 最終( 時頃) ( cc・ 時間毎)
	母乳	なし・あり 最終( 時頃)	
	排泄	便	普通便・軟便・下痢(何時から 回/日)
		尿	普通・少ない (最後 何時頃)
睡眠		普通・少ない (理由 )	

お子様の薬	飲み薬	なし・あり
	塗り薬	なし・あり
	貼り薬	なし・あり
	目薬	なし・あり
	点鼻薬	なし・あり
	※薬の名前(処方箋のない場合)	
	解熱剤の使用	しない・する
使用前の連絡	不要・必要 ・連絡先( )	

その他	病気の流行	なし・あり (保育園・幼稚園・小学校・家) (病名 )
	気になる事項	

## 同意書

※ 利用時に必要な、検査・処置・投薬について一任します。

保護者自署 \_\_\_\_\_