

病状連絡票

年 月 日

名前	男・女	生年月日	年	月	日	年齢	歳	ヶ月
緊急連絡先		①TEL: (続柄:)				体重 . Kg		
		②TEL: (続柄:)						
食事	食事形態	普通食 ・ 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期)						
	ミルク	なし ・ あり → 1回量 () ml 時間 ()						
	食物アレルギー	なし ・ あり 卵・牛乳・小麦・大豆・その他 () 除去の程度 ()						
	本日の昼食	・注文希望 → (おかゆ ・ うどん) ・持ち込みあり <input type="checkbox"/> 未摂取の食品は含んでいない <input type="checkbox"/> (アレルギーありの方) アレルゲンとなる食品を含んでいない						
熱性けいれん		けいれんを起こしたことはありますか? いいえ ・ はい 計 回 痙攣予防薬の所持 なし ・ あり 最終発作 年 月 (歳)						
症状	今朝の体温	°C			昨夜の体温	°C		
	朝食	食べた () ・ 食べていない			夕食	食べた ・ 食べていない		
	水分	摂れた (ml/ 時頃) ・ 摂れていない			水分	摂れた ・ 摂れていない		
	熱	なし ・ あり (月 日 時頃から) 最高 () °C (月 日 時頃)						
	咳	なし ・ あり (月 日から) 少ない・多い						
	鼻水	なし ・ あり (月 日から) 少ない・多い						
	嘔吐	なし ・ あり (回/日 月 日から) 最終 (月 日 時頃)						
	下痢	なし ・ あり (回/日 月 日から) 便の状態()						
発疹	なし ・ あり (場所:)							
睡眠状態	良い ・ 悪い ()							
機嫌	良い ・ 悪い							
最終排尿	月 日 時: 多い ・ 普通 ・ 少ない							
現在までの治療	<input type="checkbox"/> 治療は受けていない <input type="checkbox"/> 外来治療中 <input type="checkbox"/> 入院治療を受けていた (入院していた方) 病院名: 期間: 月 日～ 月 日							
・昨日はどのように過ごしていましたか? 自宅安静 ・ 登園していた ・ 病児保育室を利用していた (施設名:)								
・通っている園・学校で流行している病気はありますか? なし ・ あり () ・ご家族で同じ症状の方はいますか? なし ・ あり ()								
内服中の薬	なし・あり → 持参: なし・あり (薬剤名:) 服用回数 (回)							
朝の薬	飲んだ (時頃) 飲んでいない (飲み忘れ・その他)							
解熱剤	未使用・使用 (月 日 AM・PM 時 分)							
痙攣止め	未使用・使用 (1回目: 月 日 AM・PM 時 分) (2回目: 月 日 AM・PM 時 分)							
吸入薬	未使用・使用 (月 日 AM・PM 時 分)							
お迎えの予定: 母 ・ 父 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 () 時 分にお迎え								
延長保育 なし ・ あり (～17時30分、18時まで) ※17時から500円/30分の延長料金がかかります。								
クリニック 記入欄	来院時体温	°C			本日の検査について	なし ・ あり		
					本日の処方について	なし ・ あり →FAX 済 ・ 未		
〈備考〉								