

# 病状連絡票

年 月 日

名前	男・女	生年月日	年	月	日	体重	. Kg
緊急連絡先：TEL ( 続柄 )							
食事形態	普通食 ・ 離乳食 ( 初期 ・ 中期 ・ 後期 )						
食物アレルギー	あり・なし <input type="checkbox"/> 卵 完全除去・つなぎ可・生のみ除去 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 完全除去・つなぎ可・牛乳のみ除去 <input type="checkbox"/> 小麦 完全除去・醤油のみ可 <input type="checkbox"/> 大豆 完全除去・調味料可・大豆製品可 <input type="checkbox"/> その他 そば・ピーナッツ・ゴマ エピペン所持 あり・なし 未摂取・避けてほしい食材があればご記入下さい。( )						
熱性けいれんを起こしたことはありますか？ はい・いいえ 計 回							
痙攣予防薬の所持 あり・なし 最終発作 年 月 ( 歳)							
★本日のお子様の状態についてご記入下さい。							
現在までの治療であてはまるものはどれですか？ <input type="checkbox"/> 外来治療中 <input type="checkbox"/> 入院治療を受けていた 病院名： 期間： 月 日 ~ 月 日 <input type="checkbox"/> 治療は受けていない							
★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： ) 具体的な経過を教えてください。(いつ・どんな症状がでていましたか)							
症状	熱	なし ・ あり ( 月 日 時頃から)	今朝の体温	℃			
	咳	なし ・ あり ( 月 日 時頃から)	少ない・多い				
	鼻水	なし ・ あり ( 月 日 時頃から)	少ない・多い				
	嘔吐	なし ・ あり ( 回/日 月 日 から)					
	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					
	その他症状 ( )						
★お薬は飲まれていますか？ はい ・ いいえ							
持参薬	なし・あり (薬剤名： ) 服用回数 ( )						
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 ( 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 ・ 祖母・祖父・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。						

