

# 保護者からの連絡票

《記入者：父・母・その他》

年

月

日

登録番号	お子さまの名前	( 歳 月)	性別	男・女
------	---------	--------	----	-----

備考（保育中の要望など）

続けて利用する方は★マークのみチェックしてください

受診について	該当するところに○もしくはチェックをしてください。『はい』の方は、その内容も記入してください。								
	どちらかの病院を受診していますか？	はい ( 月 日 ) 病院 ( )	いいえ						
★	本日は受診希望しますか？	はい ※受診の内容はスタッフが確認して記入します 希望内容 ( )	いいえ						
	現在、お薬を飲んでいますか？	はい ※↓の記入もお願いします	いいえ						
お薬について	①お薬はいつから飲んでいますか？	月 日 から							
	②今日の朝は飲みましたか？	はい	いいえ						
	③お昼に飲むお薬はありますか？	ある (薬名 )	ない						
症状について	主な症状をチェックしてください。また、その症状がいつから始まったか記入してください。								
	<input type="checkbox"/> 発熱 ( 月 日 朝・昼・夜 から)	<input type="checkbox"/> 嘔気 ( 月 日 朝・昼・夜 から)							
	<input type="checkbox"/> 咳 ( 月 日 朝・昼・夜 から)	<input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 月 日 朝・昼・夜 から)							
	<input type="checkbox"/> 鼻汁 ( 月 日 朝・昼・夜 から)	<input type="checkbox"/> 下痢 ( 月 日 朝・昼・夜 から)							
	<input type="checkbox"/> ぜいぜい ( 月 日 朝・昼・夜 から)	<input type="checkbox"/> 発疹 ( 月 日 朝・昼・夜 から)							
	<input type="checkbox"/> 頭痛 ( 月 日 朝・昼・夜 から)	<input type="checkbox"/> 目やに ( 月 日 朝・昼・夜 から)							
	<input type="checkbox"/> 腹痛 ( 月 日 朝・昼・夜 から)	<input type="checkbox"/> その他							
★体温	昨日から今朝までの熱をお答えください。 ※お薬の使用がない場合は薬名が空欄になります。								
		昨日の朝( : )		昨日の昼( : )		昨日の夜( : )		今朝 ( : )	
	体温	°C		°C		°C		°C	
★睡眠	解熱薬の使用	薬名	時間	薬名	時間	薬名	時間	薬名	時間
	昨夜お子様は眠れましたか？	<input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> ほとんど眠れなかった							
	眠れなかった理由は何ですか？	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> ぜいぜい <input type="checkbox"/> 機嫌が悪かった <input type="checkbox"/> その他							
★生活の様子	昨日から今朝にかけての下記の状況をチェックしてください。哺乳量は量をお書きください。								
		昨日の朝		昨日の昼		昨夜		今朝	
	食欲はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
	哺乳量は？	ml くらい		ml くらい		ml くらい		ml くらい	
	水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
	おしっこは出ていますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
	きげんはどうですか？	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	
★本日の食事希望	本日の食事についてお答えください								
	【主食】	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥							
	【離乳食】	<input type="checkbox"/> 初期 (トロトロ)		<input type="checkbox"/> 中期 (つぶし)		<input type="checkbox"/> 後期 (刻み)			
	※食物アレルギー【除去食品】	<input type="checkbox"/> たまご	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> 米			
	【ミルク】	1回目 ( 時 分)	2回目 ( 時 分)	3回目 ( 時 分)					

★ 本日の迎えは( 父・母・その他 )です。 時 分 にお迎えの予定です。