

保護者からの連絡票

年 月 日

お子様の名前	歳 ヶ月	記入者	父・母 その他()	受付担当 スタッフ	
備考(保育中の要望など)					
★ 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)	病院名 ()	診断名 ()	いいえ	
本日は受診を希望しますか?	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	
★ 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"/> 発疹 (月 日 朝・昼・夜 から) 顔 手足 その他()				
<input type="checkbox"/> ぜいぜい (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				
<input type="checkbox"/> 下痢 (月 日 朝・昼・夜 から)					
★ お薬についてお答えください。『はい』『ある』の方は、その内容も記入してください。					
現在、お薬を飲んでいますか?	はい (月 日 から)	いいえ			
今日の朝はお薬を飲みましたか?	はい (薬名)	いいえ			
お昼に飲むお薬はありますか?	ある (薬名)	ない			
★ 昨日から今朝までの熱をお答えください。 ※解熱薬の使用がない場合は空欄になります					
	昨日の朝(:)	昨日の昼(:)	昨日の夜(:)	今朝(:)	
体温	℃	℃	℃	℃	
解熱薬の使用 (使用した薬名をお書きください)	薬名 使用時間(:)	薬名 使用時間(:)	薬名 使用時間(:)	薬名 使用時間(:)	
★ 昨日からの生活の様子についてお答えください。該当するところにチェックまたは○、哺乳量を記入してください。					
	昨日の朝	昨日の昼	昨日の夜	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	
哺乳量は?	ml	ml	ml	ml	
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	
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	
ウンチは出ていますか?	<input type="checkbox"/> ある (いつ?)	(便状 普通・固め・下痢)		(量 多・少) <input type="checkbox"/> なし	
きげんはどうか?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 悪い	
昨日の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"/> きげんが悪かった	<input type="checkbox"/> その他	
★ 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	【除去食品】 ※食物アレルギーなど	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		
【離乳食】	<input type="checkbox"/> とろとろ <input type="checkbox"/> つぶし <input type="checkbox"/> きざみ		※ ある場合は○で囲んで下さい		
【ミルク】	1回目 (時 分) ml		たまご	牛乳	}
	2回目 (時 分) ml		大豆	小麦	
	3回目 (時 分) ml	お米	その他		

★ 本日の迎えは(父・母・その他)です。 時 分 にお迎えの予定です。