

# 病児病後児保育児童連絡票

※太枠の部分のみご記入ください。

年 月 日 ( )

|                                                 |                                     |                                             |                       |  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|--|
| フリガナ                                            |                                     | 生年月日                                        | 年 月 日 生まれ<br>( 歳 ヶ月 ) |  |
| 氏 名                                             | 男 ・ 女                               |                                             |                       |  |
| 迎え予定時間 ( 時 分頃)<br>・ 母 ・ 父 ・ 祖父 ・ 祖母<br>・ その他( ) |                                     | 緊急連絡先 ※必ず二つご記入ください。<br>1. 続柄( )<br>2. 続柄( ) |                       |  |
| 家庭での様子                                          |                                     | 病児保育室での様子                                   |                       |  |
| 体温                                              | 夜：<br>朝：                            | 10：30<br>12：20                              | 15：30                 |  |
| 咳                                               | 多い・少ない・ない                           | 多い・少ない・ない                                   |                       |  |
| 鼻水                                              | 多い・少ない・ない<br>色は ( 透明 ・ 白 ・ 黄色 )     | 多い・少ない・ない<br>色は ( 透明 ・ 白 ・ 黄色 )             |                       |  |
| 痰                                               | 多い・少ない・ない                           | 多い・少ない・ない                                   |                       |  |
| 嘔吐                                              | あり・なし ( 回) 最終( 時 分)                 | あり・なし ( 回) 最終( 時 分)                         |                       |  |
| 下痢                                              | あり・なし ( 回) 最終( 時 分)                 | あり・なし ( 回) 最終( 時 分)                         |                       |  |
| 排尿                                              | ほとんどしてない・少ない・普通・多い                  | ほとんどしてない・少ない・普通・多い                          |                       |  |
| 排便                                              | あり ・ なし<br>便の状態( 普通 ・ 軟 ・ 下痢 ・ 水様 ) | あり ・ なし<br>便の状態( 普通 ・ 軟 ・ 下痢 ・ 水様 )         |                       |  |
| 水分                                              | とれる・少しとれる・全くとれない                    | とれる・少しとれる・全くとれない                            |                       |  |
| 食事                                              | とれる・少しとれる・全くとれない<br>朝食食べたもの( )      | 午前 おやつ                                      | 昼食( 給食・弁当持参 )         |  |
|                                                 |                                     |                                             |                       |  |
|                                                 |                                     |                                             |                       |  |
| アレルギー                                           | ある ・ ない<br>ある場合( )                  | 午後 おやつ                                      |                       |  |
|                                                 |                                     |                                             |                       |  |
|                                                 |                                     |                                             |                       |  |
| 薬                                               | 最終服用日時 ( 今朝 ・ 昨夜 )<br>( 時 分 )       | 薬の服用時間<br>時 分 ( )<br>時 分 ( )                |                       |  |
|                                                 | 薬の内容 ( )                            |                                             |                       |  |
|                                                 | 持参の薬 ( あり ・ なし )                    | ★一日の様子                                      |                       |  |
|                                                 | 持参の薬の内容( )                          |                                             |                       |  |
| 熱性けいれんを起こしたことが<br>ある・ない                         |                                     |                                             |                       |  |
| ★何か伝えておきたいことがあればご記入ください。                        |                                     |                                             |                       |  |