

家庭からの連絡票

月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 氏名: _____ (_____ 歳 _____ ヶ月)

症 状	★体温	昨夜(_____ °C)	今朝(_____ °C)		
	★熱	あり (_____ 月 _____ 日から) ・ なし	★機嫌	良 ・ 普通 ・ 悪	
	★咳	あり (_____ 多 ・ 少) ・ なし	★食欲	あり ・ なし	
	★鼻水	あり (_____ 多 ・ 少) ・ なし	★睡眠	良 ・ 悪 (_____ : _____ ~ _____ : _____)	
	★嘔吐	あり (_____ 回) ・ なし	★その他の症状・気になること [
	★排便	あり (_____ 回) ・ なし 普通 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 ・ 硬便			
★湿疹	あり (部位: _____) ・ なし				

薬	<input type="checkbox"/> 投薬依頼 (_____) あり ・ なし	飲み薬 薬剤名: _____ 受理者(_____) 最終服用 (_____ 時 _____ 分) ・ 服用せず
	<input type="checkbox"/> 粉末 (_____ 包) 食前 ・ 食後	外用薬 薬剤名: _____ 受理者(_____) 最終使用 (_____ 時 _____ 分) ・ 使用せず
	<input type="checkbox"/> シロップ 食前 ・ 食後	解熱薬 薬剤名: _____ 受理者(_____) (<input type="checkbox"/> 飲み薬・ <input type="checkbox"/> 坐薬) 使用した回数 (_____ 回) 最終服用 (_____ 時 _____ 分) ・ 服用せず
	・投薬方法 <input type="checkbox"/> とかす <input type="checkbox"/> ねる <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> (_____)	

過去にけいれん歴 なし ・ あり

『あり』の方 過去 _____ 回 最終 _____ 歳 _____ ヶ月

ダイアップ指示 なし ・ あり

今回使用せず ・ 今回使用(1本目 _____ 時 _____ 分 ・ 2本目 _____ 時 _____ 分)

食物アレルギー なし ・ あり (具体的に _____)

退室予定時間 _____ 時 _____ 分頃(_____) **※10分前にはお越してください**

本日の緊急連絡先 _____ (父・母・祖父母・他 _____)
(必ず繋がる連絡先)

☆緊急時の診察・検査・処置などについて☆
 承諾いたします 署名: _____