病　状　連　絡　票

※キッズハウスを利用する際、お子さんの様子が分かる方（保護者）が記入してご持参ください。

令和　　年　　月　　日

ふりがな お子さんの名前		男 ・ 女	年齢	才　　ヶ月
ふりがな 保護者氏名		登録番号		

●いつからこの症状が始まりましたか？　　月　　日から

●昨日から、今朝の症状についてお書き下さい。

・体　温　：　夜　　℃　朝　　℃

解熱剤使用：無 ・ 有（　　時　　分）（坐薬 ・ 粉薬 ・ シロップ）

・鼻　汁　：　多い ・ 少し ・ 無

・　咳　　：　多い ・ 少し ・ 無

・喘　鳴　：　多い ・ 少し ・ 無

・嘔　吐　：　無 ・ 有（いつから：　　回数：　　回）

吐き気止め使用：無 ・ 有（　　時　　分）（坐薬 ・ 粉薬 ・ シロップ）

・　便　　：　無 ・ 有（　　回）普通 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便

・その他　：　（　　）

●食欲はどうですか？

・水分はとれていますか？　　充分 ・ 少量

・夕　食　：　普通 ・ 少量 ・ 食べない

・朝　食　：　普通 ・ 少量 ・ 食べない

●睡眠はとれましたか？

・充　分　（　　時 ～　　時まで）

・不　眠　（ 咳で ・ 鼻水で ・ 嘔吐で ・ 下痢で ・ その他（　　））

●薬についてお書き下さい。

①当院の薬　　月　　日から内服

②他の病院でもらって飲んでいる薬はないですか？

有 ・ 無　　※有と答えた方・・・処方箋・薬をご持参下さい。

・今朝は、薬を飲みましたか？　・当院の薬 ／ 他院の薬　　時　　分に内服

・内服せず

●今回の病気以外で現在治療中の病気があればお知らせ下さい（中耳炎など）。

無 ・ 有（　　）　病院名（　　）

病児保育事業