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）が記入してご持参下さい。

平成　　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（　　））

●薬についてお書きください。

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？

内服した（当院の薬・他院の薬）（　　時　　分）　・　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・病後児保育事業