バンビ甲府西　家庭からの病状連絡票

令和　　年　　月　　日

ふりがな 名前　　歳　　ヶ月　男・女	園名	体重 kg

食物・薬物アレルギー	なし・あり　内容（　　）	確認
既往歴・入院歴	なし・あり　内容（　　）	

熱性けいれん　　なし・あり（　　才　　ヶ月　）　けいれん時指示（　　）

ダイアップ使用時間　①　月　日（　：　）　②　月　日（　：　）　ダイアップ持参　あり・なし

※今まで発達の遅れを指摘されたり、診断を受けている場合はご記入ください　　あり・なし

内容（　　）

＊最初の発熱 …　　月　　日　　時ごろ ～　　度

症状	咳	腹痛	のどの痛み	くしゃみ	目やに
	鼻水	下痢　昨日　回　・　今日　回			発疹・発赤
	頭痛	嘔吐　昨日　回　・　今日　回			耳の痛み

＊特に伝えたい症状や保育面で注意する点などがあればご記入ください

昨夜の様子　体温（　　）度	今朝の様子　体温（　　）度
食欲（ あり・なし ）	食欲（ あり・なし ）　ミルク時間（　：　）
排尿（ あり・なし ）　排便（ あり・なし ）	排尿（ あり・なし ）　排便（ あり・なし ）
睡眠状況（　良好　・　普通　・　不良　）	朝の内服時間（　：　）
解熱剤の使用（あり・なし）⇒ 時間（　：　）	解熱剤の使用（あり・なし）⇒ 時間（　：　）

＊検査について　　※医師の判断で必要な検査をさせていただく場合があります

・他院で検査を行っている　（　はい　内容［　　］・　いいえ　）

・当院での検査 …（　希望する　・　希望しない　・　医師の判断にお任せする　）

↳（　検査結果の電話連絡を希望する　・　お迎えの時でよい　）

＊薬について　　※症状により医師の判断で臨時投薬をさせていただく場合があります

・処方されている薬（　あり　・　なし　）⇒（ 朝　・　昼　・　夕　・　寝る前 ）（病院名　　）

・どのようにして内服しますか　（　　）

・常用薬（　あり　・　なし　）内容（　　）（病院名　　）

・当院からの処方 …（　希望する　・　希望しない　・　必要に応じて　・　解熱剤　）

↳（　粉薬　・　シロップ　・　錠剤　・　座薬　）

・解熱剤の使用 …（　希望する　・　希望しない　・　医師の判断にお任せする　）

＊食事について

・食事　…（　普通食　・　おかゆ　・　離乳食（　　回食））

・ミルク　…（　１回　　ｃｃ　・　１日　　回　）　※持参をお願いします

※緊急時の連絡先 及び　災害時引き渡し者（フルネーム・カタカナで記入をお願いします）

①お名前（　　）続柄（　　）携帯番号（　　）

②お名前（　　）続柄（　　）携帯番号（　　）

③お名前（　　）続柄（　　）携帯番号（　　）

お迎え時間　　時　　分　　お迎えに来る方（　　）