

家庭との連絡票 ※太字の項目をご記入ください ご利用日 令和 年 月 日 ()

ふりがな			生年月日	
児童氏名			H ・ R 年 月 日 (才 ヶ月)	
園名/学校名	保育園 幼稚園	小学校 (年)	お迎え時間 (:) 父 ・ 母 ・ その他 ()	
緊急連絡先	第一連絡先： 続柄：		TEL	
	第二連絡先： 続柄：		TEL	
今回の 病気の経過	病名： (月 日診断) 月 日 () 曜日ごろより発症		かかりつけ医	
食欲	有 ・ 無		～ 与薬依頼書 ～	
食物アレルギー	有 ・ 無 () ※有の場合、昼食申し込み不可		※お薬手帳または、薬の情報を提出してください。	
			*保護者名：	
熱性けいれん	有 ・ 無 ()		*受診医	
体温	前夜 _____℃ (PM :)		*持参内服薬	有 ・ 無
	今朝 _____℃ (AM :)		*処方日	令和 年 月 日
昨日の便	水様便 回 泥状便 回 軟便 回 普通便 回 出ていない (日目)	*薬の種類 (個数を記入)		水薬() 粉薬() 錠剤() 軟膏() 目薬()
今朝の便	水様便 回 泥状便 回 軟便 回 普通便 回 出ていない (日目)	*与薬時間		食前・食後 他()
今朝の症状	熱 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 腹痛 頭痛 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ ()		*入室前の 服薬時間	AM・PM (:) 服用なし
排泄	自立している ・ 声掛け必要 ・ オムツ		受取者サイン	時 分
ミルク	持参 ・ 無		与薬者サイン	時 分
	1回 ml 今朝：ミルク 時ころ ml ・ 母乳			
～ フレンズでの1日の様子 ～			*自宅での解熱剤使用について 使用有 AM・PM (:) 【坐薬・シロップ・粉】 使用無	
			*持参解熱剤	有 ・ 無
			*好きな遊びや配慮してほしいこと	
			< 回診より > 咽頭：所見なし・発赤(軽度・中度・強度) 胸部：所見なし・所見あり 腹部：所見なし・所見あり	
排便	水様便・泥状便・軟便・普通便 () 回		*回診時、医師の判断により、検査や投薬が必要となった場合には、どうなされますか？ 【してもよい・行う前に連絡がほしい・しない】	
解熱剤	AM ・ PM (:)			
体温	℃ (:) ℃ (:)			
	℃ (:) ℃ (:)			