

家庭との連絡票

※●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 H・R 年 月 日 (才 ヶ月)	
●児童氏名 (男・女)			
●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 ()	
●病気の経過 病名： (月 日診断) 月 日 ()曜日頃より発症		●緊急連絡先(会社名と電話番号) 第1： 続柄： 第2： 続柄：	
●食欲 有・無		●今回受診した 医 療 機 関	
●食物アレルギー 有・無 () ※有の場合、昼食申し込み不可		●受診した日 月 日 ()	
●熱性痙攣 有・無(最後： 年 月 日) ※痙攣止め使用 有・無 1回目： 月 日 時 分 2回目： 月 日 時 分		●回診時、医師の判断で検査や投薬が必要となった場合にはどうなさいますか？ 【してもよい・行う前に連絡がほしい・しない】 ～フレンズでの1日の様子～	
●体温 ※熱のはじまり→ 月 日 前夜 ℃ (PM :) 今朝 ℃ (AM :)			
～自宅での解熱剤・吐き気止め使用について～			
●使用有→ 月 日 AM・PM (:) 【座薬・シロップ・粉】使用なし ※使用最終時間を記入してください			
●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)		
●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)		
●今朝の症状	熱・嘔吐・吐き気・下痢 咳・腹痛・頭痛・鼻水・他		
●排泄	自立している・声掛け必要・オムツ		
●ミルク	持参・無 1回： ml 今朝：ミルク 時頃 ml・母乳		
～ 与薬依頼書 ～ ※お薬手帳または、薬の情報を提出してください。			
●保護者名			
●医療機関名			
●持参薬	有・無		
●処方日	令和 年 月 日		
●薬の種類 (個数を記入)	水薬() 粉薬() 錠剤() 軟膏() 目薬() 解熱剤() 吐き気止め()		
●与薬時間	食前・食後 他()		
●入室前の服薬時間	AM・PM (:)・服薬なし		
●薬の飲み方	そのまま・水に溶かす・他()		
受取印： 時 分 与薬印： 時 分		○排便 水様便 回 泥状便 回 軟便 回 普通便 回	
		○解熱剤 AM・PM (:) 使用なし	
		○体温 ℃(:) ℃(:) ℃(:) ℃(:)	
		○回診結果 (:) 咽頭：所見なし・発赤 胸部：所見なし・所見あり 腹部：所見なし・所見あり	
		●好きな遊びや配慮してほしいことなど ご記入ください。	