

つぼみの子保育園 病児保育ルーム 家庭連絡票

年 月 日 曜日

フリガナ 氏名	男・女	歳	ヶ月	体重	Kg
利用初日のみ記入	《アレルギー》 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 卵・ <input type="checkbox"/> 乳・ <input type="checkbox"/> 小麦・ <input type="checkbox"/> えび・ <input type="checkbox"/> かに・ <input type="checkbox"/> 他)				
	アレルギー症状発生時のエピペン、頓服薬の指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(
	<input type="checkbox"/> 解除になった(年 月頃、診断を受けた病院と医師名)				
	《けいれんの既往》 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(計 回くらい)、最終は()歳頃で約()分間()度の時				
	どのような(全身性・部分的・非対称・硬直・脱力・他)				
救急搬送 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病院名)					
頓服指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名: 使用量: 使用するタイミング:)					
《持病・既往歴・手術歴》()					

《緊急連絡先》※(/)と同じ連絡先で同じ優先順位の時はチェックで省略可→

優先①	続柄(父・母・祖父・祖母・他)	電話番号	携帯・自宅・職場
優先②	続柄(父・母・祖父・祖母・他)	電話番号	携帯・自宅・職場

《災害時の引き渡し》保護者以外で、引き渡しについての承諾が得られている身内や知人。前回と変更なければ省略可。

※災害時、保護者以外でも下記の方が避難場所に来所されれば児の引き渡しを行います。

①	続柄(祖父・祖母・親戚)	知人) 電話番号
②	続柄(祖父・祖母・親戚)	知人) 電話番号

《症状と経過》

体温	昨夜(度) 今朝(度) ★解熱剤の使用 / のAM・PM 時 分 度の時使用
排尿	多・普通・少 最終排尿(/ AM・PM 時頃) 睡眠 ()時～()時 良眠・不眠・泣・咳・鼻水
排便	最終排便(/ AM・PM 時頃)硬・普・軟・泥・水 機嫌 普段通り・ぐずり気味・だるそう・悪い・興奮
	前日の便回数(計 回)硬・普・軟・泥・水 咳 無・少・中・多・軽減傾向 空咳・痰絡み・ゼーゼー・ケンケン
吐き気	無・有 鼻水 無・少・中・多・軽減傾向(ネバネバ・サラサラ)
嘔吐	無・有(回⇒最終 / のAM/PM 時 分頃) 発疹 無・有()
水分量	充分・普通・少量・無 ケガ 無・有()
食欲	あり・普通・少ない・無・戻ってきた 現在飲んでいる薬 無・朝・昼・夕・寝 ※薬手帳ご持参下さい
食事内容	夕食() 朝食()
自由記載 ↓ 入室までの経緯 ↓ 配慮して欲しいこと ↓ 家庭での様子など	

《持ち物リスト》持参された個数をご記入下さい。全ての持ち物に記名をお願いします。

医師連絡票 (初日のみ)	<input type="checkbox"/>	長袖		オムツ		おやつ	<input type="checkbox"/>
		半袖		お尻拭き		エプロン	
与薬依頼票 (薬ある場合)	<input type="checkbox"/>	ズボン		パンツ		マグ	
		スカート		タオル		哺乳瓶	
薬・薬手帳	<input type="checkbox"/>	肌着		スタイ		粉ミルク(計測して持参)	
利用料	<input type="checkbox"/>	ロンパース		靴下		ml/回 回分	
その他の持ち物							