

家庭との連絡票

下記の者の病児保育室の利用を申し込みます。

令和 年 月 日 ()

(ふりがな) 児童氏名			男・女	生年月日	H・R	年	月	日
				(歳 月 日)				
迎えに来る方	児童との関係		お迎え時間	時		分予定		
			本日の連絡先	① - - ()				
				② - - ()				
食物アレルギー	なし・あり ()		除去食 ()					
食事のご希望	(普通食・病児食・弁当持参)							
熱性けいれんの既往	なし・あり							
40℃ 39℃ 38℃ 37℃	20時	0時	6時	8時	11時	15時	17時	
	昨夜の様子		今朝の様子		午前の様子		午後の様子	
尿	普通・少ない		普通・少ない		普通・少ない		普通・少ない	
便	なし・普通・軟便・水様便		なし・普通・軟便・水様便		なし・普通・軟便・水様便		なし・普通・軟便・水様便	
	回数：()回		回数：()回		回数：()回		回数：()回	
睡眠	(: ~ :)良眠・不眠		(: ~ :)良眠・不眠					
水分・ミルク	とれる・少なめ・とれない		とれる・少なめ・とれない					
その他								
症状があればご記入ください。	・熱 (°Cくらい) いつから () ・機嫌 (良い・悪い) ・咳 (多い・少ない・ない) ・鼻水 (多い・少ない・ない) ・ゼーゼー (多い・少ない・ない) ・嘔吐 (ある 回・ない) ・食欲 (普通・少ない・ない) ・腹痛 (ある・ない)							
ご家庭での様子			病児・病後児保育室での様子					

※黄色の項目は必ず記入してください。

与薬依頼票

児童氏名			用量	受取印	与薬時間	与薬印
内服薬	水薬	そのまま飲む・その他 ()	cc/1回		:	
	粉薬	そのまま飲む・その他 ()	包/1回		:	
	錠剤	そのまま飲む・その他 ()	錠/1回		:	
外用薬	使用方法 使用場所	ぬり薬			:	
		目薬			:	
		その他			:	
頓服薬 座薬	①ダイアアップ		使用 月 日 °Cで 時 分 回目	個/1回	:	
			使用 月 日 °Cで 時 分 回目	個/1回	:	
	②解熱薬 (カロナール・アンピバ)		最終使用時間 (:)	個/1回	:	
	③制吐薬 (ナウゼリン)		最終使用時間 (:)	個/1回	:	
④その他 ()			個/1回	:		
※頓服薬・座薬は、お子さまの状態に合わせて使用いたします。			保護者連絡	要・不要		
吸入	咳がひどい場合は吸入をご希望されますか		はい・いいえ	:		
※お帰りの際にクリニックで診療費をお支払いいただきます。			保護者連絡	要・不要		
検査	<input type="checkbox"/> 医師が必要と判断した場合、各種検査を実施することに同意します。					
	<input type="checkbox"/> 検査をした場合 <input type="checkbox"/> 陽性の場合のみ連絡を希望する。 <input type="checkbox"/> 陽性・陰性にかかわらず連絡を希望する。					

※チェック(✓)をお願いいたします。

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願い致します。

〈依頼者〉

保護者氏名 _____

令和 年 月 日