

保護者からの連絡表

年 月 日

ふりがな	男 女	緊急 連絡先	氏名
児童氏名	(歳 ヶ月)		連絡先
病名		病院名	
初診日	月 日	経過	
主な症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜい・ひゅうひゅう) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (時頃・内容) <input type="checkbox"/> 軟便 (時頃) <input type="checkbox"/> 下痢 (時頃・ 時頃) <input type="checkbox"/> 発疹 部位 () <input type="checkbox"/> 発熱 (昨日の体温 時 °C) <input type="checkbox"/> 解熱剤を使用した (今朝の体温 時 °C) 時頃 <input type="checkbox"/> その他		
与薬	<input type="checkbox"/> 内服 1日 回 (食前・食間・食後) <input type="checkbox"/> 目薬 (右眼 ・ 左眼 回数) <input type="checkbox"/> 塗薬 部位 <input type="checkbox"/> 解熱薬 (飲み薬・座薬 _____ °C以上で _____ 時間以上空けて使用している)		
一般状態	・機嫌は良いですか (良い ・ 普通 ・ 悪い) ・食欲はありますか (ある ・ 普通 ・ ない) ・良く眠れていますか (良く寝た ・ 普通 ・ 眠れていない) ・活気はありますか (ある ・ 普通 ・ ない)		
医師からの指示	・ 安静 ・ 食事 ・ 水分摂取 ・ その他		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月頃 歳)		
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
予防接種	<input type="checkbox"/> 順調に受けている <input type="checkbox"/> あまり進んでいない		
ご希望	配慮して欲しい事や、希望する事がありましたらお書き下さい。		
持参品 チェック	<input type="checkbox"/> この保護者からの連絡表 <input type="checkbox"/> 病後児保育連絡票 <input type="checkbox"/> 利用申込書 <input type="checkbox"/> 薬及び説明書 <input type="checkbox"/> 着替え・ビニール袋 <input type="checkbox"/> バスタオル2枚、手拭きタオル2枚 かおう保育園児の場合はバスタオル不要 <input type="checkbox"/> 利用料金	必要時 ・オムツ・おしり拭き・オムツ入れ ・ミルク・哺乳瓶・マグカップ・スタイ・おやつ ・お気に入りの物(おもちゃ・絵本など) ・勉強道具 ・アレルギーがある場合、又は食べれない場合は、弁当・おやつをご持参ください。 ・3歳以上児はご飯	