

保護者さまからの連絡票

【保育日】 20 年 月 日



|  |                 |         |      |         |    |
|--|-----------------|---------|------|---------|----|
| お子さまのお名前   |                 | 男・女     | 年齢   | 歳       | ヶ月 |
| お預かり前の体温   | ℃               | お子さまの平熱 | ℃    | お子さまの体重 | kg |
| ・熱 なし / あり (ピーク時 日 ℃)                            |                 |         |      |         |    |
| ・鼻水 なし / あり 色(透明 / 黄色)                           |                 |         |      |         |    |
| ・最終便 ( 日 時頃) 便状(硬 / 普通 / 軟 / 水様)                 |                 |         |      |         |    |
| 便性(普通 / 白い / 酸っぱい臭い / 他 ) ( 日から 回下痢)             |                 |         |      |         |    |
| ・吐き気 なし / あり                                     |                 |         |      |         |    |
| ・嘔吐 なし / あり ( 日から 回戻した)                          |                 |         |      |         |    |
| 状況 (飲食時 / 啼泣時 / 咳込み / 他 )                        |                 |         |      |         |    |
| ・咳 なし / あり (多 / 少)                               |                 |         |      |         |    |
| ・呼吸 普通 / 違う(荒い / ぜえぜえ / ヒューヒュー / 他 )             |                 |         |      |         |    |
| ・飲水量 多 / 普 / 少 / 無 ・排尿 多 / 普 / 少 / 無             |                 |         |      |         |    |
| ・食欲 有 / 普 / 無 量(多 / 普 / 少 / 無 / 特記事項 )           |                 |         |      |         |    |
| ・睡眠の状態 良 / 悪 (睡眠時間 ~ )                           |                 |         |      |         |    |
| ・今朝の与薬 済 / 未 ※済の場合の与薬時間( 時頃 )                    |                 |         |      |         |    |
| ・与薬した薬品の種類( )                                    |                 |         |      |         |    |
| ※解熱剤の使用 なし / あり ( 日 時頃 )                         |                 |         |      |         |    |
| ・保育中の与薬 有 / 無 / 受診次第)                            |                 |         |      |         |    |
| ・いつもどの様にして寝てるか ( トントン / おんぶ / 抱っこ / 添い寝 / ひとりで ) |                 |         |      |         |    |
| ・朝食の時間 ( : ) 量( ) 状況( )                          |                 |         |      |         |    |
| ①この病状の始まり、経過、お子さまの状態変化                           |                 |         |      |         |    |
| ②医師からの指示事項、注意事項                                  |                 |         |      |         |    |
| ③新規会員登録時にお伺いしている既往症やアレルギー等に変わりがありますか?<br>なし / あり |                 |         |      |         |    |
| この病気について事前に受診されている場合は、次の事についてお答えください。            |                 |         |      |         |    |
| ◇前日までに 受診した / 受診していない                            |                 |         |      |         |    |
| 【病名: _____】                                      |                 |         |      |         |    |
| 【医師名: _____】                                     |                 |         |      |         |    |
| 【受診日: _____ 月 _____ 日 _____】                     |                 |         |      |         |    |
| ◇今日現在、服用している薬 ない / ある ( _____ 日前から)              |                 |         |      |         |    |
| お食事やミルクの時間、その内容に関して、ご要望・その他注意点があればお書きください。       |                 |         |      |         |    |
| 保育中の緊急連絡先  | 連絡先名(会社名又は保護者様) |         | 電話番号 |         |    |
|  | ①               |         |      |         |    |
|  | ②               |         |      |         |    |
| 災害の場合に備えてご記入をお願い致します。                            |                 |         |      |         |    |
| □本日、保護者様以外にお子さまをお引渡しできる方は いる / いない               |                 |         |      |         |    |
| □いる場合 お名前( ) ご関係( ) 連絡先( )                       |                 |         |      |         |    |