

連 絡 票

利用日： 年 月 日

氏名 (歳 カ月

お迎え時間	時 分	お迎えの方 (続柄)
ご利用日当日の緊急連絡先	①氏名 (続柄) 連絡先名 電話番号 ()	②氏名 (続柄) 連絡先名 電話番号 ()

アレルギー (食品・薬)	なし・あり ()	食事制限 (具体的に)	なし・あり ()
けいれん	なし・あり (最終 歳 カ月)		
	抗痙攣剤の使用 なし・あり (1回目 :) (2回目 :)		
	※保育中、抗痙攣剤の使用を希望します (回目の坐剤を 時に使用してください)		
持病	なし・あり ()		
保育園で流行っている病気	なし・あり ()		

症状

熱	いつから (日 から) 昨夜 ℃ P M : 今朝 ℃ A M : 解熱剤 使用していない・使用した 最後に使用したのは (日 時)
咳	いつから (日 から) なし・あり 多・中・少
鼻汁	いつから (日 から) なし・あり 多・中・少
嘔吐	いつから (日 時頃から) 前日 回・今日 回 最後に吐いた時間 (:)
排便	前日 回・今日 回 なし・あり 普通・軟・泥状・水・未消化 下痢はいつから (日 時頃から)
発疹	いつから (日 から) なし・あり 部位 :
その他の症状	具体的な症状
機嫌	なし・あり 良い・普通・悪い・倦怠
排泄	いつもと同じ・やや少ない・少ない
食欲	夕食 よく食べた・普通・少し・食べない
	朝食 よく食べた・普通・少し・食べない
	水分 摂れる・あまり摂れない・摂れない

薬

朝、薬を 飲まない・飲んだ (:)

昼の薬 ない・ある

● 水薬 ● 粉① ● 粉②

この昼の薬以外に服用または使用している薬が

ない・ある

例えば

*薬名を記入してください

朝・夕で

朝のみ

〇時に ~ 吸入

背中にテープ

● ご家庭での様子

- 保育中の症状悪化時には、太陽こども病院での受診(治療・処置・検査を含む)を

希望します ・ 希望しません

● ひなたぼっこの利用許可をとられた際に、医師から言われたことを記入してください

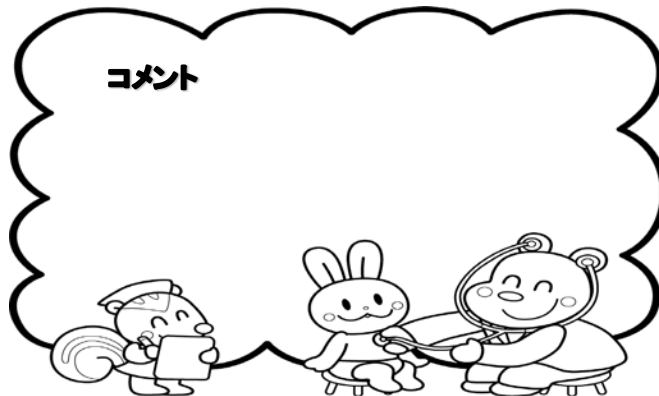
受診日	月	日	病院名	病名
検査	しない ・ した (内容 ・ 結果)			

ひなたぼっこでの様子

● Dr チェックの結果

- 1 このまま様子をみてください
- 2 帰宅時、受診をしてください
- 3 明朝、受診をしてください

サイン _____



体温	(:) °C	(:) °C	(:) °C
----	----------	----------	----------

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
水分									
排泄 尿 ●									
便 ◎									
睡眠									

機嫌	良 ・ 普通 ・ 悪 ・ 倦怠
咳	無 ・ 少 ・ 中 ・ 多 乾性(コンコン) ・ 湿性(痰がらみゴホゴホ) 喘鳴(ゼーゼー) ・ 犬吠様(ケンケン)
鼻汁	無 ・ 少 ・ 中 ・ 多 膿性 ・ 粘性 ・ 水様性 / 鼻づまり
その他の症状	

食事
AM おやつ (:) PM おやつ (:)
・ 食べた 少 ・ 中 ・ 多 ・ 食べた 少 ・ 中 ・ 多
・ 食べない ・ 食べない
昼食 (:)
・ 主食 ・ 副菜

処置	鼻吸引	吸入
	(:)	(:)
	(:)	(:)
	(:)	

● 特記事項

薬	与薬時間 (:)

● 保育室での様子

記入者 _____