

【家庭との連絡票】

年 月 日 ( )

<input checked="" type="checkbox"/> 1歳を過ぎてMRワクチンを接種されていないお子さんは入室いただけません。MRワクチン接種後の初回利用時に必ず母子手帳をご持参ください。母子手帳で履歴の確認ができない場合にはお預かりできません。													
(フリガナ) お名前  ( 歳 か月)	体重 . kg	平熱 °C	最終受診日時 月 日 時	再受診予定 あり なし	翌日の利用希望 あり なし								
連絡先① Tel	連絡先② Tel												
お迎えに来る方 (続柄)	お迎え予定時刻	親御さん以外の方がお迎えされる場合、代理の方の顔写真付き身分証のご提示をお願いいたします											
熱性 なし けいれん歴 あり ⇒ 回 最終 年 月	アレルギー なし あり ⇒ 卵 牛乳 小麦 大豆 ( )												
家庭での様子					保育室での様子								
体温(°C)	前日 21:00	0:00	当日 7:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
40.0 39.5 39.0 38.5 38.0 37.5 37.0 36.5 36.0 35.5													
薬	解熱剤 <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用あり ( 日 時 ) ( 日 時 ) ( 日 時 ) 今朝の内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終内服時間 : ) 持参薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (与薬依頼票にご記入ください)												
昨夜の睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠っていない 睡眠時間 ( : ) ~ ( : )												
食事	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食べない 内容 [ ] <input type="checkbox"/> 母乳、ミルク哺乳あり ( ml 時 )												
水分	<input type="checkbox"/> 摂れている <input type="checkbox"/> あまり摂れていない												
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない (最終排尿時間) 時												
便 (昨日~今朝)	<input type="checkbox"/> 普通( 回) <input type="checkbox"/> 軟便( 回) <input type="checkbox"/> 下痢便( 回) <input type="checkbox"/> なし( 日間)												
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (昨日 回・今朝 回)												
発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつから 部位 )												
咳	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない												
鼻水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない												
その他症状													
機嫌	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い									
保育室での 昼食と おやつ	<input type="checkbox"/> お弁当持参 <input type="checkbox"/> おやつ持参			保育室での遊びの様子									
	<input type="checkbox"/> 給食希望( ) <input type="checkbox"/> おやつ希望			9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
	<input type="checkbox"/> ミルク( ml) 授乳時間 <input type="checkbox"/> お弁当やおやつを持参した場合でも、症状によっては、病児保育室が提供する飲食物の提供を希望する(別途有料) ※アレルギーの方は対象外です												
留意事項	例:ホクナリンテープを背中に貼付												
回診医 所見	<input type="checkbox"/> 継続保育可 <input type="checkbox"/> 要再受診 <input type="checkbox"/> 継続保育不可・即受診												
	特記事項(ある場合)	回診医師サイン  担当 Ns. 保育士											
備考 (保育室記入)													