

# 連絡票

登録番号

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	H 年 月 日	歳 ヶ月
緊急連絡先	①TEL (携帯・勤務先) (父・母・その他)			
	②TEL (携帯・勤務先) (父・母・その他)			
お迎え	父・母・他( )		時 分	お迎え予定
体温	昨夜 °C ・ 今朝 °C		(平熱 °C)	
症状	いつからどういった症状ですか？具体的にお書きください。			
	次の症状はありますか？ 咳・鼻水・腹痛・嘔吐・発疹・下痢・その他( )			
便	(前日) 回 (普・軟・下痢・水様)			
	(本日) 無・有 ( )回			
発疹	無・有 部位( )			
熱性痙攣	無・有 最後(H 年 月)			
	抗けいれん薬 無・有 使用法( )			
食事	朝食(普通・少ない・食べていない)			
	麦茶(可・不可) 最終水分(ミルク)摂取時間( : )量( )ml			
ミルク	授乳時間( : )量( )ml			
	( : ) ( )ml			
	( : ) ( )ml			
離乳食	(初期・中期・後期・完了期) ※離乳食チェック表の提出をお願いします			
睡眠	昨夜( : ) ~ ( : ) 普段の午睡( : ) ~ ( : )			
アレルギー	無・有 ( )			
持参した薬	無・有			
	有の場合			
	<input type="checkbox"/> 内服薬( )種類 食前・食後・( : )			
	<input type="checkbox"/> 頓服(解熱・鎮痛・けいれん止・吐き気止・他)		使用法 ※解熱剤( )°C以上	
	<input type="checkbox"/> その他(塗り薬・点眼・点鼻・点耳・他)		使用法	
※昨夜から今朝にかけて、頓服の使用 無・有( AM・PM : )				
その他	伝えておきたいことがあればご記入ください			