

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	年 月 日	歳 ヶ月
身長・体重	(cm) ・ (kg)			
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 ・ 下痢 ・ 発疹 (部位) その他 ()			
便	(前日) 回 (普 ・ 軟 ・ 下痢 ・ 水様)			
	(本日) 回 (普 ・ 軟 ・ 下痢 ・ 水様)			
熱性痙攣	無 ・ 有 最後 (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 (:) ~ (:) 普段の昼寝 (:) ~ (:)			
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			