

ちぎら医院病児保育室ラビットルーム 家庭との連絡票

記入日 西暦 年 月 日

太枠内を記入し、ご利用毎にお持ちください

ふりがな		性別	生年月日	西暦 年 月 日
児童名		男・女		歳 月 日
ふりがな		本日の連絡先	— —	
お迎えに来る方		お迎え時間	:	
★関係性	★ <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 ()	※お迎えは18時までです。延長保育はありません		

今回の経過	
いつからどのような症状ですか	

ご家庭での様子		病児保育室での様子	
与薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	昨夜(:) 今朝(:) 薬の名称	(:)	
	昨夜(:) 今朝(:) 薬の名称	(:)	
	内服薬、外用薬 座薬など	(:)	
体温	昨日朝 : (°C) / 昨日昼 : (°C)	: (°C) / : (°C)	
	昨日夜 : (°C) / 本今朝 : (°C)	: (°C) / : (°C)	
機嫌	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> とても悪い	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> とても悪い	
鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い	
咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い	
喘鳴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()	
痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頭痛 ・ 腹痛 ・ 関節痛)その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 昨日 回 本朝 回 最後の嘔吐(<input type="checkbox"/> 昨日 時頃 <input type="checkbox"/> 本朝 時頃)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理由() 時間(:)(:) 計 回	
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢(昨日から今朝まで 回)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通(回) <input type="checkbox"/> 軟便(回) <input type="checkbox"/> 下痢(回) 計 回	
尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回)	
食事	昨日 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 全く食べない	昼食	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> ミルク(: / ml) <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分
	今朝 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 全く食べない		<input type="checkbox"/> その他
水分	昨日 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 全く飲まない	おやつ	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> ミルク(: / ml) <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分
	今朝 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 全く飲まない		<input type="checkbox"/> その他
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 浅い 時間(: ~ : / : ~ :) 浅い理由()	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 眠らず (: ~ : / :)
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 上記を <input type="checkbox"/> 除去している <input type="checkbox"/> 除去していない <input type="checkbox"/> 一部除去()	1日の様子	
お子さまの保育上、特にお知らせしたい事がございましたら具体的にご記入ください			