

# 病 状 連 絡 票

平成 年 月 日

お子様の名前 <small>ふりがな</small>	男・女	年 齢	才 月
記入者名	生年月日	平成 年 月 日	日生

病名(おわかりならば)	
I. 現在までの治療	1. 診察を受けている( 本院・他院⇒ 日 病院名: ) 2. 入院治療を受けていた ( 本院 ・ 他院 : / ~ / ) 3. 診察を受けていない
II. 昨日はどのように過ごしていましたか?	1. 自宅安静 2. 保 ・ 幼 ・ 小 に通っていた⇒( 通常どおり・ 時頃早退した ) 3. 病児保育室を利用していた ( 本院 ・ 他の施設 / ~ / )

* III   VII の 項 目 は で き る だ け 詳 し く 書 い て 下 さ い	<u>III. 病状は?</u>	熱	無 ・ 有 今朝の体温: . °C 最高体温: 日 . °C 発熱の時期: 今日 ・ 昨日 ・ 日の AM・PM 時頃から)
		咳	多い ・ 少し ・ 無 / ~
		鼻汁	多い ・ 少し ・ 無 / ~
		排便	有 ・ 無 ( 日 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜 回 )
		下痢	無 ・ 有 ( 回 ) / ~
		嘔吐	無 ・ 有 ( 回 ) / ~
		食欲	有 ・ 無 / ~ 昨夜の食事(内容: ) 今朝の食事 (内容: )
		機嫌	良い ・ 普段と変わらない ・ 悪い
		発疹	無 ・ 有 (どこに: ) / ~
		睡眠	眠れている ・ 眠れていない ( )
		昨日から今朝までの症状 ( 改善している ・ わからない ・ 悪化している )	
		<u>IV. その他の症状</u>	
	<u>V. お薬</u>	持参の薬	無 ・ 有 ( 本院 ・ 他院 )( 回分 )
		服用薬名	
		朝の薬	飲んだ ・ 飲んでいない
		解熱剤	無 ・ 有 ( 日 AM・PM : に使用)
		吸入治療	無 ・ 有 ( 日 AM・PM : )
	<u>VI. 熱性けいれんの既往歴</u>	無 ・ 有 けいれん止め( 日 AM・PM : に使用)	
	<u>VII. 食物アレルギー</u>	無 ・ 有	卵 ・ 鶏 ・ 牛乳 ・ 牛肉 ・ 大豆 ・ 小麦 (その他: )
	<u>VIII. インフルエンザワクチンの接種はされましたか?</u>	していない ・ 1回 ・ 2回	

<b>記 入 必 須</b>	緊急連絡先	TEL ( ) - ( 携帯 ・ 職場 )
	☆本日のお迎え予定時間	午前 ・ 午後 時 分頃の予定
	☆本日のお迎え予定者	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他( )
	☆お迎えに来る人の情報	職場等から当院までの所要時間 約 分