

保護者との連絡票

年 月 日

お子さんの名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____ か月 体重 kg

お迎え 予定時刻	時 分	お迎えに来る人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他 ()
-------------	-----	---

今日の緊急連絡の順番は？

1 番目	だれ [] の <input type="checkbox"/> 携帯/ <input type="checkbox"/> 職場	-	-	備考
2 番目	だれ [] の <input type="checkbox"/> 携帯/ <input type="checkbox"/> 職場	-	-	備考

食物アレルギーについて

有 (詳細: _____) ※ 本日のお弁当・おやつのアレルギー確認 済
 無

熱性けいれんについて

有 発症回数 (_____ 回) ※ けいれん止めのお薬
 最終発症 (_____ 歳 _____ か月) 1回目 (_____ 時 _____ 分) 服用時の 体温 _____ °C
 無 2回目 (_____ 時 _____ 分) 服用時の 体温 _____ °C

お薬について

- 1) 朝のお薬は飲みましたか？ 飲んだ (_____ 時 _____ 分)
 処方無し
- 2) 今回の症状で頓服薬は飲みましたか？ 飲んだ (_____ 時 _____ 分) と (_____ 時 _____ 分)
 (またはぬくもり帰宅後～朝までに) 飲んでない
- 3) 体にテープ (気管支拡張剤) 等を貼っていますか？ 貼っている (部位: 背中・胸)
 貼っていない

皮膚について

1) 水イボや、オムツかぶれ等がありますか？ 有 … 部位 (_____) / 無

お子さんの様子

	前日の様子	今朝の様子
体温	夜の体温 _____ °C (_____ 時 _____ 分)	朝の体温 _____ °C (_____ 時 _____ 分)
食事内容	<input type="checkbox"/> 食べたもの [_____] <input type="checkbox"/> 食べてない	<input type="checkbox"/> 食べたもの [_____] <input type="checkbox"/> 食べてない
食事量	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少ない
水分	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 少ないが飲める <input type="checkbox"/> 飲めない	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 少ないが飲める <input type="checkbox"/> 飲めない
嘔吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (咳込み/食後すぐ/その他 _____)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (咳込み/食後すぐ/その他 _____)
排便	_____ 回 (硬・普通・軟・泥状・水様)	_____ 回 (硬・普通・軟・泥状・水様)
排尿	普通・少・無	普通・少・無
睡眠	_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> いつも通り [眠れた・時々起きた] / <input type="checkbox"/> いつもと違う [眠りすぎ・時々起きた・眠れない]	

伝達したいこと

ミルク	離乳食	その他
時 _____ ml 朝		
時 _____ ml 昼		
時 _____ ml おやつ		

鼻水の吸引

希望する 希望しない

