

バンビ甲府西 家庭からの病状連絡票

令和 年 月 日

ふりがな 名前	歳 ヶ月 男・女	園名	体重 kg
食物アレルギー	なし	あり 内容 ()	確認
薬物アレルギー	なし	あり 内容 ()	
既往歴・入院歴	なし	あり 内容 ()	
※発達障害と診断や指摘された事がある場合はご記入ください → あり (歳 ヶ月)			
熱性けいれん	なし	あり (回 才 ヶ月)	けいれん時指示 ()

*最初の発熱 … 月 日 時ごろ ~ 度

症状	咳	腹痛	のどの痛み	くしゃみ	目やに
	鼻水	下痢	昨日 回	今日 回	耳だれ
	頭痛	嘔吐	昨日 回	今日 回	耳の痛み

*特に伝えたい症状などがあればご記入ください

昨夜の様子	体温 () 度	今朝の様子	体温 () 度
食欲 (あり・なし)		食欲 (あり・なし)	ミルク時間 (:)
排尿 (あり・なし)	排便 (あり・なし)	排尿 (あり・なし)	排便 (あり・なし)
睡眠状況 (良好 ・ 普通 ・ 不良)		朝の内服時間 (:)	
解熱剤の使用 (あり・なし) ⇒ 時間 (:)		解熱剤の使用 (あり・なし) ⇒ 時間 (:)	

*検査について

・他院で検査を行っている (はい 内容 [] ・ いいえ)
・当院での検査 … (希望する ・ 希望しない ・ 医師の判断にお任せする) ↳ (検査結果の電話連絡を希望する ・ お迎えの時でよい)

※医師の判断で必要な検査をさせていただく場合があります

*薬について

・処方されている薬 (あり ・ なし) ⇒ (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前) (病院名)
・どのようにして内服しますか ()
・常用薬 (あり ・ なし) 内容 () (病院名)
・当院からの処方 … (希望する ・ 希望しない ・ 必要に応じて ・ 解熱剤) ↳ (粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 座薬)
・解熱剤の使用 … (希望する ・ 希望しない ・ 医師の判断にお任せする)

※症状により医師の判断で臨時投薬をさせていただく場合があります

*食事について

・食事 … (普通食 ・ おかゆ ・ 離乳食 (回食))
・ミルク … (1回 cc ・ 1日 回) ※持参をお願いします

※緊急時の連絡先 ①

②

③

お迎え時間	時 分	お迎えに来る方 ()
-------	-----	-------------

※保育面で注意する点や伝えておきたい事などあれば裏面にご記入ください。