

病児・病後児連絡票

ソラスト中村橋保育園病児・病後児室

年 月 日 ()		病名・症状		担当	
お子さま名	登録番号		年齢 / 性別	歳 ヶ月	男 ・ 女
お迎え氏名			保育園(学校名等)		
お迎え時間	:		本日の連絡先 (災害時含む)	携帯番号 メールアドレス	
アレルギー			熱性けいれん	有 () ・ 無	
食事内容	初期・中期・後期・普通食・胃腸食		ミルク	ml	ml
ご家庭での様子 (太枠内の記入をお願いします)			保育室での様子		
	前日朝	前日昼	前日夜	当日朝	時
40					
39					
38					
37					
36					
☞各項目該当する時間の下に、+や内容、入眠、起床等記入してください。			入室時間 :		
食事量					
水分(ミルク)					
薬・処置					
尿					
便					
睡眠					
その他(嘔吐等)					
諸 症 状	鼻水 / 多 ☐ 中 ☐ 少 ☐ 無 ☐		鼻水 / 多 ☐ 中 ☐ 少 ☐ 無 ☐		
	せき / 多 ☐ 中 ☐ 少 ☐ 無 ☐		せき / 多 ☐ 中 ☐ 少 ☐ 無 ☐		
	夕食 / 内容:		昼食 / 内容:		
	朝食 / 内容:		おやつ / 内容:		
	機嫌 / 良好 ☐ 普通 ☐ 不良 ☐		機嫌 / 良好 ☐ 普通 ☐ 不良 ☐		
🏠お家での様子			👩‍⚕️看護師より		👩‍🍼保育士より
医師のコメント 咽頭: 所見なし・発赤 (軽度 ・ 中等度 ・ 強度) 胸部: 所見なし・あり () 腹部: 所見なし・あり () 皮膚: 所見なし・あり ()					



お大事に