

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)	①	②	
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							
<small>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。</small>				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 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			鼻水 / 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
	せき / 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			せき / 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
	夕食 / 内容:			昼食 / 内容:			
	朝食 / 内容:			おやつ / 内容:			
	機嫌 / 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>			機嫌 / 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>			
🏠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。