

病児保育室 こねこ 家庭との連絡票

西暦 年 月 日 記入

登録番号	
診察券番号	

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	ふりがな		
児童名					<input type="checkbox"/> 女	お迎えに来る人		
生年月日	西暦	年	月	日	歳	ヶ月	関係 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()	
本日の連絡先	電話	-	-				お迎え時間	:

今回の経過について	
-----------	--

		家庭での様子				病児保育室での様子					
症状	体温	昨日	朝	℃	昼	℃	夜	℃	℃(:)	℃(:)	
		本日	朝	℃							℃(:)
	機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い				<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い					
	鼻汁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い					
	咳嗽	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い					
	喘鳴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 回 最終 月 日 時				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 回 最終(:)					
	発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()					
	便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢 ()回					
尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 多い				<input type="checkbox"/> オムツ替え ()回 <input type="checkbox"/> トイレ ()回						

昨日	水分	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> あまり飲めない <input type="checkbox"/> 飲めない				昼食	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> ミルク			
	食事	<input type="checkbox"/> たくさん食べる <input type="checkbox"/> あまり食べない <input type="checkbox"/> 食べない					<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない			
今朝	水分	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> あまり飲めない <input type="checkbox"/> 飲めない				おやつ	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> ミルク			
	食事	<input type="checkbox"/> たくさん食べる <input type="checkbox"/> あまり食べない <input type="checkbox"/> 食べない					<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない			
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 眠れず 時 ~ 時				水分	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> あまり飲めない <input type="checkbox"/> 飲めない				
好きな遊び・アニメ・音楽など					睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 眠れず : ~ : : ~ :				
※迅速検査を実施した場合のみ記入	RSウイルス (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) インフルエンザ (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) アデノウイルス (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) 溶連菌 (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) ヒトメタニューモウイルス (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) その他 ()				1日の様子					

※太枠内を記入し、利用当日にお持ちください。