



# 家庭連絡票



※太枠内をご記入の上、利用当日にご持参ください。

児童氏名	利用日	20 年 月 日 ( )			
	年齢	歳	ヶ月	体重	kg
体温	今朝 <input type="text"/> °C (平熱 <input type="text"/> °C) 解熱剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	解熱剤の最終使用 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> °Cの時 薬名: <input type="text"/> を使用した				
	熱性けいれんの既往がある方 → 今回の発熱でのけいれん止めの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
現在の症状	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )				
	<input type="checkbox"/> 嘔吐 (回数 <input type="text"/> 回/日)(最終: <input type="text"/> 時頃)				
	<input type="checkbox"/> 下痢 (回数 <input type="text"/> 回/日)(最終: <input type="text"/> 時頃) → 便の状態 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥便 <input type="checkbox"/> 水便				
食欲	前日:夕食( <input type="text"/> ) 当日:朝食( <input type="text"/> )				
	保育室でのミルク <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 希望時間( <input type="text"/> 時頃 <input type="text"/> cc) ( <input type="text"/> 時頃 <input type="text"/> cc)				
前日の睡眠時間	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 ~ <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="checkbox"/> 何回か起きた <input type="checkbox"/> あまり眠れず				
排泄	排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> オムツ 朝の排尿 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> オムツ 最終排便( <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 )				
薬	内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終内服( <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分)				
	保育室で内服する薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (方法: <input type="text"/> )				
好きな遊び	<input type="text"/>				
配慮すること	<input type="text"/>				
お迎え時間・人	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )			
緊急連絡先	①TEL <input type="text"/> 続柄( <input type="text"/> )		②TEL <input type="text"/> 続柄( <input type="text"/> )		
	※①②以外の方がお迎えの場合 → TEL <input type="text"/> 続柄( <input type="text"/> )				

## 保育室での様子

入室時間(  :  ) 体温(  °C )

体温	9時	11時	13時	15時	17時	食事	<input type="text"/>
	40°C						
	39°C						
	38°C						
	37°C						
薬	( <input type="text"/> : <input type="text"/> )					排便	<input type="text"/>
とんぷく	( <input type="text"/> : <input type="text"/> )(薬名: <input type="text"/> ) ( <input type="text"/> : <input type="text"/> )(薬名: <input type="text"/> )					睡眠	<input type="text"/>
症状	午前		午後			お子様の様子	<input type="text"/>
鼻汁	あり・少し・なし		あり・少し・なし				
咳	あり・少し・なし		あり・少し・なし				
喘鳴	あり・少し・なし		あり・少し・なし				
機嫌	良・普通・不良		良・普通・不良				
その他	<input type="text"/>						