

# 家庭からの連絡票

提出日（西暦） 年 月 日

利用者名	フリガナ		記入者名	続柄( )
	( 歳 カ月)			
緊急連絡先	電話番号 ①	氏名		
	②	氏名		
お迎えの方 父・母・他( )				
病名				
<p>・どのような症状ですか？ 以下のどれかに○をつけてください。                  ( 熱・咳・下痢・嘔吐・骨折・発疹・風邪症状・喘息・その他 )</p> <p>・いつからですか？</p>				
熱	●前夜 ( 時 )	℃	今朝 ( 時 )	℃
	●解熱剤使用	有・無	使用有の場合	最終使用日時 ( 日 時 )
	●けいれん	有・無	有の場合、最後にけいれんがおきたのはいつですか ( 月 日 時間 : 頃 )	
症状	鼻水	多・少・無	おう吐	無・有 ( 回 )
	せき	多・少・無	便	普通便・軟便・泥状便・水様便( 回 ) 硬便・便秘( 日 )
	ゼーゼー ヒューヒュー音	聞こえる・聞こえない	尿	回数は 多・普通・少
睡眠	: ~ : ( 良眠・不眠 )			
機嫌	良好・普通・不良 ( だるそうにしている・興奮状態 )			
飲水・食事量	●夕食 ( 多い・普通・少ない・食べていない ) ●朝食 ( 多い・普通・少ない・食べていない ) ●水分摂取量 ( 多い・普通・少ない・飲んでいない )			
家庭での様子	気になることや伝えておきたいこと等			
<b>薬について</b>				
保育時間内の与薬	有・無 有の場合薬の名前( )			
	頓服薬使用前には、連絡を希望されますか？ はい・いいえ			
薬剤説明書について	有・無 ※有の場合はコピーをさせていただきます			
薬の飲み方	そのまま	水に溶かして	飲み物に混ぜて	その他( )
	コップで	ストローで	スプーンで	その他( )
その他の特記事項があれば記入ください。				

薬局からもらう薬剤情報提供書と薬を、看護師に手渡してください。