

登録番号：

保護者からの連絡票

平成 年 月 日

児童氏名	年 齢	歳 か月
------	-----	------

【お子さんの様子について】 該当するものに☑、または記入してください。

	前日	当日
体 温	朝 . °C 夕 . °C	朝 . °C
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 ( 回)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 ( 回)
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
水分量	<input type="checkbox"/> ミルク・牛乳 cc <input type="checkbox"/> その他 cc 合計 cc	<input type="checkbox"/> ミルク・牛乳 cc <input type="checkbox"/> その他 cc 合計 cc
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> おかし (量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない)	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> おかし (量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない)
薬	内服薬： <input type="checkbox"/> 服用 ( 時) <input type="checkbox"/> 内服しない 解熱剤： <input type="checkbox"/> 使用 ( 時) 外用薬： <input type="checkbox"/> 使用 ( 時)	内服薬： <input type="checkbox"/> 服用 ( 時) <input type="checkbox"/> 内服しない 解熱剤： <input type="checkbox"/> 使用 ( 時) 外用薬： <input type="checkbox"/> 使用 ( 時)
機 嫌	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 興奮
その他		

【現在見られる症状について】

【薬について】 該当するものに☑、または記入してください。

1 与薬の有無 ある ない

2 薬の剤型  
液 (シロップ) 粉末 錠剤 外用薬 その他 ( )

3 薬の内容  
抗生物質 解熱剤 咳止め 下痢止め かぜ薬 外用薬  
調剤内容 ( )

4 使用する時間 昼食前 昼食後  
その他主治医からの指示 ( )

5 服用の方法 (例：食事、飲み物に混ぜる。)  
( )

※薬の内容や飲ませ方が分からない場合は、保育室で飲ませることができません。

処方した医師などに薬の内容をお問い合わせください。また、薬剤情報提供書などがある場合には、必ず持参してください。