

# サンクリキッズ利用当日連絡票

令和 年 月 日 ( ) 利用 日目	登録番号			
ふりがな			平成 年 月 日生	疾患名
お名前	男	歳 か月		平熱 ℃ 持参薬 なし・あり
	女			
お迎えの方	続柄: お名前:	お迎え時間: 時 分頃	★	
本日の連絡先	①続柄: □勤務先 □携帯 TEL ( )		②続柄: □勤務先 □携帯 TEL ( )	

熱性けいれん歴	なし あり ⇒ 回 最終 年 月	アレルギー	なし あり ⇒ 卵 牛乳 小麦 大豆 ( )
---------	---------------------	-------	---------------------------

経過	体温	どんな様子ですか			
		/ ( ) 時発症	℃		
		/ ( ) 時	℃		
		/ ( ) 時	℃		
病状	昨夜 / ( ) 時 今朝 / ( ) 時	℃	鼻水	なし・水鼻・青鼻・鼻づまり	
			咳	なし・コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン・痰がからむ	
			嘔吐	なし・あり⇒(日 時)より(回) / 最後は(日 時)	
			便	普通・軟便・泥状・水様 昨日 回 / 今朝 回	
			尿	昨日のおしっこ回数(普段と同じ・やや少なめ・少なめ) / 今朝 回	
			発疹	なし・あり( ) / 日 時頃より	
食欲	夕食 ( 時)	あり・少し低下・なし	メニュー: 水分量(コップ 杯)		
	朝食 ( 時)	あり・少し低下・なし	メニュー: 水分量(コップ 杯)		
	母乳・ミルクの方	母乳・ミルク : 今朝 時 ml ⇒ ( 時 ml) ( 時 ml) ( 時 ml)			
睡眠	就寝( 時) / 起床( 時) よく眠れた・時々起きた・あまり眠れなかった( のため)				
薬	服薬時間確認	昨夜( 時 分) 今朝( 時 分) ★解熱剤使用した( 時 分)		保護者に代わって投薬を依頼します。 依頼者(保護者署名)	
	薬品名				
	投薬依頼	なし・あり   投薬時間: 食前・後・間 ( 時 分頃)		時 分 依頼通り投薬いたしました。 投薬者	
	薬品名				
意思確認	●持参した食べ物が不足した場合や症状によっては、保育室の飲食物を提供してもよいですか? *別途有料 / *食物アレルギーのある方は対象外です。 (はい・いいえ) ●症状によってはご連絡を差し上げ、早めのお迎えをお願いする場合があります。 (点滴等の処置が必要になった場合や、けいれん・その他急な発作を起こした場合など) ご承諾いただけますか? 保護者署名:			その他伝えておきたいことがあればこちらへ	

	体温	排泄	水分・食事	睡眠	薬	その他( )	鼻水	咳	保育室での様子
8:		尿 ○ 便 ●					多	多	
9:							少	少	
10:							少	少	
11:							なし	なし	
12:							なし	なし	看護師( )・保育士( )
13:							多	多	
14:							少	少	
15:							少	少	
16:							なし	なし	
17:						水分持参 水分摂取量 ml	なし	なし	看護師( )・保育士( )