

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	疾患名
お名前	男	平熱 ℃
	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	
病状	/ () 時発症	℃		
	/ () 時	℃		
	/ () 時	℃		
	昨夜 / () 時	℃	鼻水	なし ・ 水鼻 ・ 青鼻 ・ 鼻づまり
	今朝 / () 時		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 ●					3 多	3 多	看護師 () ・ 保育士 ()
9:							2	2	
10:							1 少	1 少	
11:							なし	なし	
12:							なし	なし	
13:							3 多	3 多	
14:							2	2	
15:							1 少	1 少	
16:									
17:						水分持参 水分摂取量 ml	なし	なし	

どうぞおだいじに

