

サンクリキッズ利用当日連絡票

平成 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	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: <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 TEL ()	②続柄: <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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。
	薬品名			投薬者
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			その他伝えておきたいことがあればこちらへ
	●症状によっては、医師の判断のもとに以下の処置を行ってもよいですか?			
	*解熱剤の使用 はい ・ いいえ			
	*吸入処置 はい ・ いいえ			
*抗けいれん剤の使用 はい ・ いいえ ⇒必ずご連絡します				

	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:							多	多	
10:							少	少	
11:							なし	なし	
12:							なし	なし	看護師 () ・ 保育士 ()
13:							多	多	
14:							多	多	
15:							少	少	
16:							なし	なし	
17:							なし	なし	看護師 () ・ 保育士 ()