

# 家庭との連絡票

年 月 日 ( )

ふりがな	男・女
お名前	
生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
平熱	℃

発症	月 日
診断名・病状	受診機関 ( )
診察日	月 日

## ●現在までの様子

※該当部分のみ、ご記入下さい

熱	無・有
	今朝 ℃ (最高 ℃ 月 日)
解熱剤	未・使用
	(最終使用 月 日 時 分)
咳	無・有
喘息	無・有
鼻水	無・有
嘔吐	無・有 (最終 日 時頃) 合計 回
痛み	無・有 (頭・喉・腹・耳)
	その他 ( )
発疹	無・有・継続・終息
	月 日 ~ 月 日
	顔・足・腹・背中・お尻
	その他 ( )
けいれん	無・有・過去に ( )
便	普通便・軟便・下痢
食欲	無・有
その他	気になる症状等 ( )

薬	「昨晚」無・済
	「今朝」無・済
アレルギー	無・有 (卵・小麦・大豆・乳製品・牛乳)
	その他 ( )

与薬	お預かりのお薬 無・有
	時 間：食前・食後
	種 類：錠剤 錠・粉薬 包水薬
	点眼 (右・左・両眼)
	塗り薬 ( )
かかりつけ医	解熱剤：無・有
	℃以上の時に ※ 時から使用可能
TEL	

緊急連絡先 (氏名)	① ( )
	② ( )

※必ず2つ、お書き下さい

## ●以下、離乳食・ミルクの方のみ、ご記入下さい

ミルクの間隔	( ) 時間おき
ミルクの量	( ) ml/回
最後にミルクを飲んだ時間	時 分

お迎え	時 分頃
どなたが	( 名前 )

※送迎者が異なる場合は、  
身分を証明できるものをお持ち下さい

離乳食の後にミルクが必要	はい ( ml) ・ いいえ
--------------	----------------