

連絡カード

年 月 日( )

氏名 継続予約 ( する ・ しない )

TEL 退室 ( : ) お迎え ( )

※ご予約後のキャンセルはないようにご協力お願い致します

かかりつけ医		症状	発熱 ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ 下痢 ・ 嘔吐		
食物アレルギー	有 ( 卵 ・ 乳 ・ 小麦 )		その他 ( )		
	無				
食事	離乳食 ( 初期 ・ 中期 ・ 後期 )	食欲	有 ・ 無	投薬	有 ・ 無
	普通食	排便	健康便 ・ 軟便 ・ 下痢 ( )回		
ミルク	( : ) ( )ml				
熱性痙攣	有 ( 回 ) ・ 無	解熱剤使用	可 (シロップ ・ 粉 ・ 坐薬) ・ 不可		

他院をかかりつけ医とされている方へ

\* かかりつけ医、または他院・救急外来を受診しましたか

【受診した場合】

・受診日 ( ) ・診断名( ) ・薬の処方 ( 有 ・ 無 )

・検査 ( した ・ してない )

検査病名 ( ) 結果( 陽性 ・ 陰性 )

・処置等の指示はありましたか ( )

・いつから登園・登校可能ですか ( )

【受診していない場合】

・当院での投薬・治療を希望しますか ( はい ・ いいえ )

・かかりつけ医の受診予定はいつですか ( )

らびつとより

投薬 ( : ) ( : )	排便	健康便 ( : ) ( : ) ( : )	( : ) ( : ) ( : )	( : ) ( : ) ( : )	( : ) ( : ) ( : )
午前	体温	軟便 ( : ) ( : ) ( : )	吸入 ( : ) ( : ) ( : )	吸引 ( : ) ( : ) ( : )	°C
給食		下痢便 ( : ) ( : ) ( : )			
午後	処置 ( : ) ( : ) ( : )	°C			

SIDSチェック	仰向け○	うつ伏せ△	横向き□	担当者より	熱	あり ・ なし	活気	あり ・ なし
9時	00	10	20	30	40	50	咳	あり ・ なし
10時	00	10	20	30	40	50	鼻汁	あり ・ なし
11時	00	10	20	30	40	50	その他	
12時	00	10	20	30	40	50		
13時	00	10	20	30	40	50		
14時	00	10	20	30	40	50		
15時	00	10	20	30	40	50		
16時	00	10	20	30	40	50		

□薬(□分2 □分3 □解熱剤)

□お薬手帳 □食材・アレルギー確認表

□利用申込書 □退室特別

□バスタオル2枚 □薬局・会計

確認

