

病状・保育連絡票

保護者の方は太線内の記入をお願いします

病後児保育室 ラポール

平成	年	月	日 ()	予約時間	時	分	～	時	分
お子様の名前				お迎え		母	父	その他	
						男・女	才	ヶ月	
連絡先									
1.保護者名				TEL			勤務先名		
2.保護者名				TEL			勤務先名		

主な症状
 発熱・咳・鼻水・下痢・嘔吐・発疹・その他()
 いつからこの症状が始まりましたか。経過をお書きください

解熱剤 使用した(日 時) 使用しない

お子様について知らせておきたいこと(生活面・アレルギーなど)

与薬依頼

粉薬・シロップ・外用薬・点眼
 その他()
 薬の内容 (薬剤情報書 あり・なし)

持参した薬の与薬をお願いします
 サイン

受取者	与薬時間	与薬者
	時 分	

		前夜	朝	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	お子様の様子	
体温 ℃	39										
	38										
	37										
	36										
体温											
鼻水											
咳											
嘔吐											
排尿											
排便											
発疹											
睡眠	: ~ :										
水分	十分・少なめ										
食事	朝食の時間										
	食べたもの・量										
	食欲	あり・なし									

保育時間 時 分 ~ 時 分
 担当看護師 保育士