

保護者からの病状連絡票

利用日 月 日 氏名

箇所をご記入ください。

症状など	体重 kg		平熱 (°C)	
	発症から現在までの経過（具体的な症状。処置などできるだけ詳しくご記入ください。） ※ 継続利用の方は帰宅後からの様子			
体質や癖（眠い時など）、心配なこと、好きな遊び・キャラクターなど教えてください。				
食事	今朝の食事時間	時 分	内容 ()	
薬	今朝の与薬時間	時 分頃	内容 () □飲んでない	
明日の利用希望		無 ・ 有 (時 分 ~ 時 分)		

ミルクが必要な方のみお答えください。

普段お使いのミルク	<input type="checkbox"/> ほほえみ ※ほほえみ以外の方はご持参ください			
普段お使いの哺乳瓶	<input type="checkbox"/> 母乳実感 <input type="checkbox"/> ピジョン <input type="checkbox"/> ビーンスターク ※これ以外の方はご持参ください			
最後に飲んだ時間	時 分 () ml	間隔 () 時間	おき () ml	

(確認事項)

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		
食べたことない物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		
水分	<input type="checkbox"/> とれている	<input type="checkbox"/> 少なめ	<input type="checkbox"/> とれていない	
食事	<input type="checkbox"/> とれている	<input type="checkbox"/> 少なめ	<input type="checkbox"/> とれていない	
排尿	<input type="checkbox"/> でている	<input type="checkbox"/> 少なめ	<input type="checkbox"/> でていない	
解熱剤使用	<input type="checkbox"/> °C以上	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 保育室判断	
けいれん既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (回 歳頃)		
体調不良連絡	<input type="checkbox"/> 保育室判断	<input type="checkbox"/> その他 ()		

与薬依頼票

1.別紙の薬剤情報提供書又はお薬手帳のとおり与薬を依頼します。
※太枠内の記入をお願いします。
2. (薬剤情報提供書/お薬手帳がない場合) 次のとおり与薬を依頼します。
※全項目の記入をお願いします。

用法 食前____包 食後____包 頓服____包
外用____個 その他 ()

(施設記入欄)	レ
事前登録申請書・重要事項説明書（新規登録・新年度の場合）	
医師連絡票	
利用申込書	
病状連絡票（この用紙）	
お薬手帳・母子手帳	

どのようにして飲まれますか？
少量の水に溶いてスプーン/コップで
直接そのまま口に入れて
乳首で その他 ()
その他注意事項

調剤名…1包ごとに名前がわかれば記入して下さい。

(備考)

処方された医院名
処方日 月 日
施設記入欄 ①与薬者 チェック
受領者 返却者 ②与薬者 チェック