

鎌ヶ谷市病後児保育事業家庭連絡票

利 用 日	年 月 日 (曜日)		
児 童 名		生年月日	年 月 日 (歳)
保 護 者 名		電話	自宅 携帯

《 児童の家庭からの連絡内容 》 《 病後児保育実施施設からの連絡内容 》

健 康 状 態	体温	前夜(°C)・朝(°C)	午前(°C)・午後(°C)
	鼻汁	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
	咳	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
	喘鳴	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・時間(時 分) ・回数(回)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・時間(時 分) ・回数(回)
	便	<input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便 <input type="checkbox"/> 水様便 ・時間(時 分)・回数(回)	<input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便 <input type="checkbox"/> 水様便 ・時間(時 分)・回数(回)
	尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
食 事	(昨夕・午前)	(昨 夕) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間(時 分)・量(cc) 夕食(<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし)	(午 前) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間(時 分)・量(cc) 昼食(<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし)
	(今朝・午後)	(今 朝) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間(時 分)・量(cc) 朝食(<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし)	(午 後) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間(時 分)・量(cc) おやつ(<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし)
与 薬	朝(時 分)	昼(時 分)	
睡 眠	就寝時間(時 分) 起床時間(時 分) <input type="checkbox"/> よく寝た <input type="checkbox"/> あまり寝なかった	睡眠時間(時 分) <input type="checkbox"/> よく寝た <input type="checkbox"/> あまり寝なかった	
子どもの様子			

与薬依頼	薬の種類{ <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 散薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他()} 与薬時間{ <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他()} * お預かりする薬は、医療機関が発行した処方箋に記載された物のみです。
------	--