

# ③ 病状連絡票

ふりがな				男・女	生年 月日	平成・令和	年	月	日	( 歳 カ月)	体重	kg
お子さまのお名前												
記入者名	(続柄: ) 緊急連絡先 電話: ( )											
食物アレルギー	無・有	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( )	未摂取・避けてほしい食材	ご記入ください	エピペン	無・有						
熱性けいれんの既往	無・有 計 回(最終: 歳 カ月ごろ) けいれん止めの指示: 無・有( °C以上で、薬剤名 )											

## 今回の症状について

現在までの治療は <input type="checkbox"/> 外来治療を受けた(病院名: ) (診断名: ) <input type="checkbox"/> 入院治療を受けた(病院名: ) <input type="checkbox"/> 治療は受けていない	昨日はどのように過ごしていましたか。 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に通っていた <input type="checkbox"/> 病児保育室に通っていた (オズキッズ・他施設 )
---	---

症状は？	熱	無・有 いつから 月 日から、最高 °C( 月 日 時ごろ) 今朝の体温 °C 解熱剤の使用⇒ 無・有 (時間: 薬名: )
	咳	無・少ない・多い 月 日から
	鼻汁	無・少ない・多い 月 日から
	嘔吐	無・有 (1日 回) 月 日から
	下痢	無・有 (1日 回) 月 日から 最終排便 月 日
	食欲	有・無 朝食(食べた・食べていない) 水分摂取(摂れている・摂れていない) 普段のミルク(1日 回、1回量 mL) 朝のミルク(時間: 量: mL)
	機嫌	良い・悪い
	発疹	無・有 (どこに ) 月 日から
	睡眠	眠れている・眠れていない( )
	その他	

昨日から今朝までの症状は・・・改善している・かわらない・悪化している

※冬季のみ記載 インフルエンザワクチン接種について: 未接種・接種 (1回済・2回済)⇒ 月 日

お薬	持参薬	無・有 (当院・他院) 1日2回・1日3回
	朝の薬	飲んだ(時間: )・飲んでいない(飲み忘れ)・その他( )
	吸入治療	無・有 (最終は 月 日 時 分ごろ)

その他、伝えたいこと