

病状連絡表

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	年齢 歳
本日の緊急連絡先	①氏名()続柄()Tel() ②氏名()続柄()Tel()		
※上記は必ず連絡がとれる所を書いてください。 ・お子様の容体が悪化した場合は早急にお迎えをお願いします。緊急時はかかりつけ医、ふじわら医院、徳山中央病院に搬送します。かかりつけ医の受け入れ困難な場合はご了承ください。 かかりつけ医院() その他了承事項として ・脱水治療目的で使用されるOS-1イオンウォーターの使用を許可し、費用を支払います ・オムツ(50円)下着(100円)などの衛生用品の自己負担にも同意し、費用を支払います ・病院受診のため車での送迎することを了承します。 以上のことに同意します サイン()			
現在の症状 □にチェックをつけてください	今回の病気の経過 月 日頃より発症 月 日から発熱 昨夜の熱(°C)今朝の熱(°C)入室時の熱(°C)		
	<input type="checkbox"/> 咳() <input type="checkbox"/> 鼻水() <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 痰() <input type="checkbox"/> 頭痛() <input type="checkbox"/> 腹痛() <input type="checkbox"/> 喉痛 <input type="checkbox"/> 耳痛(右・左) <input type="checkbox"/> 発疹() <input type="checkbox"/> その他の痛み()		
	<input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐(いつから /回数 /最後の嘔吐) <input type="checkbox"/> 下痢(いつから /回数 /性状) 水分はとれますか？(はい・いいえ) 食欲はありますか(はい・いいえ) 排尿回数(今朝 回/昨日 回) 排尿の色(普通・濃いめ・) 最後便が出たのは？()便の性状()量() 便の色(普通・他) 睡眠(良・不眠)		
昨日から今日にかけて心配な事			
他院受診・処方	有・無	受診医院()	薬の持参 有・無
今朝の服用時間	: 頃		
座薬の使用	有・無	薬剤名()	使用時間(:)
※持参や処方内容が不明の際は改めて処方します。内容も変更になることをご了承ください。			
昼食	(必要・不要・弁当持参)		
※排便の状態が食事内容が変更になることがあります			
周囲(幼稚園・保育園・小学校及び家庭)で流行している病気がありましたら書いてください。 ()			
お迎え	お迎えは 母・父 その他(続柄)		
お迎え時間	: 頃 ※時間やお迎えの方が変更になる時は連絡をお願いします。		