

病状連絡表

令和 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。 ・緊急時はたけのこクリニックに搬送します。 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(200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) □咳() □鼻水() □鼻づまり □痰() □頭痛() □腹痛() □喉痛 □耳痛(右・左) □発疹() □その他の痛み() □嘔気 □嘔吐(いつから /回数 /最後の嘔吐) □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。		