



スマイルケアルーム連絡票

年 月 日 ()

【保護者記入欄】

ふりがな 氏名		年齢	歳	か月	性別	男・女	体重	kg
受診日	病院名	体温			今飲んでいる薬			
月	日	平熱	°C		ある(食前・食間・食後)・ない			
病名		昨夜	°C		病児保育で飲む薬はありますか			
		今朝	°C		ある・ない			
今の症状を○で囲んでください		最終解熱剤使用時間			今朝の薬			
熱・咳・喘鳴・鼻水・鼻閉		時	分		飲んだ(時分)・飲んでいない			
嘔吐・嘔気・下痢・便秘・発疹		けいれん	ある・ない		機嫌：良い・普通・悪い			
目の充血・目やに・耳だれ		アレルギー	ある・ない		食欲：普通・少し・ない			
痛み・かゆみ		原因となるのは：食品・薬・その他			水分：とれた・少し・とれていない			
その症状はいつからですか		具体的に：			睡眠：眠れた・少し・眠れていない			
		どのような症状がでますか			排便：水・泥・軟・普通・硬			
		その他・伝えたいこと			夜 回・朝 回			
熱の始まり					緊急電話番号 (続柄)			
月	日	時			※ 今日必ずつながる番号を記入してください			
その時の体温		°C			① ()			
今日で何日目ですか	日目				② ()			
					お迎えに来る人 ()			
					お迎え時間 時 分			

【保育士記入欄】

体温(°C)	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
41										
40										
39										
38										
37										
36										
薬										
食事										
排泄 尿○										
便●										
睡眠										
症状										
今日の様子						医師より				

スマイルケアルーム

領収書

病児保育利用料

円

領収印