利用連絡票

平成　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名　　男・女	平成　　年　　月　　日生 歳　　ヶ月	保育所・幼稚園 託児所 小学校

利用時間	利用開始時間　　時　　分～　　お迎え　　時　　分頃 お迎えに来られる方の氏名（フルネームでお願いします） 続柄（　　） ※お迎えの方の変更がある場合は必ずご連絡ください。	本日の緊急連絡先 ① ②

食事・睡眠	※各項目ごとに〇をしてください 昼食の要否：　持参　・　給食　・　不要　　食物アレルギーなどがありますか？：　有　・　無 おやつの要否：　持参　・　希望　　昨日の睡眠：　良好　・　不眠 今朝の食事：　ミルク（　　時）　　CC 食事　（　　時）　普通　・　少ない　・　食べていない

症状	※あてはまるものに〇をしてください　　昨夜の熱：　平熱　・　高い（　　℃） 熱　・　咳　・　鼻水　・　嘔吐（いつから　　・　　回）・　下痢（いつから　　・　　回） その他（　　） ＊食欲：　ある　・　少しある　・　ない　　＊水分：　とれる　・　少しとれる　・　とれていない ＊機嫌：　良い　・　普通　・　悪い　　＊尿量：　いつもと同じ　・　少し少ない　・　少ない ※　他院の受診　：　無　・　有（　　）

薬について	今朝内服した薬	済　・　未　・　なし 内服時間　：　　時　　分頃	薬名
	本日持参した薬	有　・　無 （　　）回分	薬名

※使った坐薬、薬があれば記入してください　（市販の薬など） ＊解熱剤（坐薬・頓服）　最終使用時間　　時　　分 ＊吐き気止（ナウゼリン）　最終使用時間　　時　　分 ＊ダイアップ　最終使用時間　　時　　分 ＊吸入　最終使用時間　　時　　分 ＊その他（　　）	※　病児保育での解熱剤使用について ・使用してもよい ・使用して欲しくない
薬の飲み方　そのまま　・　水に溶く　・　練って　その他（　　）	

症状に応じて、投薬、点滴、採血、吸入、検査、レントゲンなどの処置が必要となる場合、連絡を必要とされる方は連絡先をご記入ください。尚、連絡がとれない場合は院長判断で行います。

連絡：　必要（連絡先　　）　・　必要なし　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿

◎病　歴	有	無	備　考
水ぼうそう			
おたふくかぜ			
喘　息			
熱性けいれん			
ダイアップ使用歴			

＊医師・保育士に知らせておきたいことがあればお書きください

医師の指示	＊病　名	
	＊食事	普通食　・　下痢食 水分から 除去食（　　）