

家庭との連絡票

No.()

氏名 _____ 年齢(歳 か月) 症状・病名() 体重(kg)

月日	年 月 日			曜日		
	家庭の様子			病児保育室での様子		
体温	夜 時 分 °C		朝 時 分 °C	朝 時 分 °C	昼 時 分 °C	夕 時 分 °C
	翌朝 時 分 °C					
鼻水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
せき	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
ゼイゼイ	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
嘔吐	夜 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) 翌朝 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)(最終 :)		午前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) 午後 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)	午前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) 午後 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)	午前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) 午後 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)	午前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) 午後 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)(最終 :) <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 下痢 量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 中ぐらい <input type="checkbox"/> 少ない		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 下痢 量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 中ぐらい <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 下痢 量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 中ぐらい <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 下痢 量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 中ぐらい <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 下痢 量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 中ぐらい <input type="checkbox"/> 少ない
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない (最終 :)		<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 回数 (回)	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 回数 (回)	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 回数 (回)	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 回数 (回)
水分量	夜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 翌朝 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 最後に飲んだ時間 何を() 時 分 ml		() 時 分 ml 時 分 ml 時 分 ml その他 ml	() 時 分 ml 時 分 ml 時 分 ml その他 ml	() 時 分 ml 時 分 ml 時 分 ml その他 ml	() 時 分 ml 時 分 ml 時 分 ml その他 ml
食事	夕食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 量 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食べない 朝食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 量 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食べない		昼食 (食) メニュー 量 (主食) (おかず)	昼食 (食) メニュー 量 (主食) (おかず)	昼食 (食) メニュー 量 (主食) (おかず)	昼食 (食) メニュー 量 (主食) (おかず)
薬	内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 飲めた <input type="checkbox"/> 飲めない その他の薬 <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用()(時 分)		内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 飲めた <input type="checkbox"/> 飲めない その他の薬 <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用()(時 分)	内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 飲めた <input type="checkbox"/> 飲めない その他の薬 <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用()(時 分)	内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 飲めた <input type="checkbox"/> 飲めない その他の薬 <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用()(時 分)	内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 飲めた <input type="checkbox"/> 飲めない その他の薬 <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用()(時 分)
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠時間 (: ~ :)		<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠時間 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠時間 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠時間 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠時間 (: ~ :)
きげん	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不良		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 不良
お子様の様子						
病児保育室「キッズスマイル」担当者			保育士: _____ 看護師: _____			