

# 病状・保育連絡票

\*保護者の方は太線内の記入をお願いします

病後児保育室 ラポール

利用日	20	年	月	日 ( )	お迎え時間	時	分	母・父	その他 ( )	
お子様名	男・女			才	ヶ月	園・学校名				
連絡先	1.名前				TEL		勤務先名			
	2.名前				TEL		勤務先名			

主な症状 (○を付けてください)  
 発熱・咳・鼻水・下痢・嘔吐・発疹・その他( )  
 いつからこの症状が始まりましたか。経過をご記入ください。

解熱剤 使用した( 日 時) 使用していない  
 お子様について知らせておきたいこと(生活面・アレルギーなど)

## 与薬依頼

薬の内容 (薬剤情報書 あり・なし)

服用方法 ( )

与薬同意 ( )  
 サイン

受取サイン	定時薬	時	分	サイン
	頓服薬	時	分	サイン

		前夜	朝	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	ラポールでの様子	
体温	°C										
39											
38											
37											
36											
体温											
鼻水											
咳											
嘔吐											
排尿											
排便											
発疹											
睡眠	: ~ :										
水分	十分・少なめ										
食事	朝食の時間										
	食べたもの・量										
	食欲 あり・なし										
										保育時間 時 分 ~ 時 分	
										看護師 保育士	