

家庭からの連絡票

4月 1日 月 曜日 氏名: 崇徳 太郎 (1歳 6ヶ月)

症 状	★体温	昨夜(38.8 °C)	今朝(37.9 °C)	
	★熱	あり (3月 30日から) ・ なし	★機嫌	良 ・ 普通 ・ 悪
	★咳	あり (多 ・ 少) ・ なし	★食欲	あり ・ なし
	★鼻水	あり (多 ・ 少) ・ なし	★睡眠	良 ・ 悪 (20 : 00 ~ 6 : 00)
	★嘔吐	あり (回) ・ なし	★その他の症状・気になること (・寝ると咳が出るのでお昼寝できるか 心配です。)	
	★排便	あり (1回) ・ なし 普通 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 ・ 硬便		
★湿疹	あり (部位:) ・ なし			

薬	<input checked="" type="checkbox"/> 投薬依頼(崇徳花子) あり ・ なし	飲み薬 薬剤名: カルボシステイン (ビオエルミン) 受理者() ムコサル (セファペンピポキシル)	最終服用 (7時 10分) ・ 服用せず
	<input checked="" type="checkbox"/> 粉末 (包) 食前 ・ 食後	外用薬 薬剤名: フェノール ・ 亜鉛華 リメント 受理者()	最終使用 (7時 15分) ・ 使用せず
	<input type="checkbox"/> シロップ 食前 ・ 食後	解熱薬 薬剤名: アセアミノフィン坐剤小児用 100mg 受理者()	最終服用 (3/31 21時 10分) ・ 服用せず
・投薬方法 <input checked="" type="checkbox"/> と かす <input type="checkbox"/> ねる <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> ()		(<input type="checkbox"/> 飲み薬 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 坐薬) 2/3本	

過去にけいれん歴 なし ・ あり

『あり』の方 過去 _____ 回 最終 _____ 歳 _____ ヶ月

ダイアップ指示 なし ・ あり

今回使用せず ・ 今回使用(1本目 _____ 時 _____ 分 ・ 2本目 _____ 時 _____ 分)

食物アレルギー なし ・ あり (具体的に 卵(加熱してあれば大丈夫))

退室予定時間 17時 30分頃(母) ※10分前にはお越しく下さい。

本日の緊急連絡先 090— 〇〇〇〇— △△△△ (父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ 他 _____)
(必ず繋がる連絡先)

☆緊急時の診察・検査・処置などについて☆
承諾いたします 署名: 崇徳 花子