

# 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 100 mg 受理者( ) ( <input type="checkbox"/> 飲み薬 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 坐薬 )	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"/> ( )		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