

第5号様式（第10条関係）

保護者からの連絡ノート

年 月 日記入

児童氏名	本日の緊急連絡先 ()	お迎え予定時間
	連絡先名	お迎え予定者

1 今回の疾病について

主 な 症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入してください） ()
症状の始まりと経過	年 月 日から
昨日から今朝の症状	
病 名 (病名がわかっている場合は□にレを付けてください。)	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> その他 ()

2 お薬について

家での薬の飲み方	
与薬	<input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない

3 保護者と実施施設の連絡について

別紙の「家庭との連絡票」に記入してください。

備考 与薬をご希望の場合は、お薬手帳の写しなど説明書を提出してください。

※お預かり時に上記事項について確認しました。

お預かり保育者サイン () 保護者サイン ()

別紙

家庭との連絡票

児童名 _____

月 日	年 月 日	
	家庭での様子	病児・病後児保育室での様子
体 温	前夜 時 分 °C	(朝) 時 分 °C
	今朝 時 分 °C	(昼) 時 分 °C
		(夕) 時 分 °C
鼻 水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無
せ き	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無
喘 鳴	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無
嘔 吐	前夜 無・有 (回)	午前 無・有 (回)
	今朝 無・有 (回)	午後 無・有 (回)
排泄状況	便 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便(回)	便 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便(回)
	尿 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	尿 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
水 分 量	前夜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> ミルク・牛乳 cc
	今朝 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> その他 cc
食 事	前夜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	昼食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない
	今朝 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	
薬	内服薬 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 内服せず	内服薬 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 内服せず
	解熱剤 <input type="checkbox"/> 使用 (時) <input type="checkbox"/> 使用せず	解熱剤 <input type="checkbox"/> 使用 (時) <input type="checkbox"/> 使用せず
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠
機 嫌	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 興奮
安 静 度	<input type="checkbox"/> 寝かせていた <input type="checkbox"/> 起きて遊んでいた	<input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> ベット上 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育
子どもの様子		

※該当欄□にレを付けてください。