

※太枠内をご家庭で記入し
ご利用時に毎回持参願います。

病状連絡票 兼 与薬依頼書



病児保育室 ムーミンハウス (2023.3月 改訂)

年 月 日 ()

お子さんの名前	さん		男女	年 月 日生まれ (嵩 カ月) 体重 kg				
本日の緊急連絡先	①氏名 TEL (続柄：)		②氏名 TEL (続柄：)					
家庭での様子			ムーミンでの様子					
発熱 いつから? (/ から)	ピーク 日 (:)	℃	機 嫌	午前	□良好 □やや活気なし □活気なし			
	昨夜 (:)	℃		午後	□良好 □やや活気なし □活気なし			
	今朝 (:)	℃	時 間	体温	睡眠	排泄	食事・水分など	状態その他
解熱剤	□使用した 最終 (:)							
	□使用せず カロナール・コカール・アンヒバ坐薬							
せき	いつから? (/ から) □多い □少ない (コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン)							
鼻水	いつから? (/ から) □多い □少ない							
吐き気	いつから? (日から 回) 最後の嘔吐 (日 時頃)							
便	昨夜から今朝まで (回) □普通 □軟便 □泥状 □水様 最終便：今朝 昨日 それ以前 (日)							
尿	最終時間 (:)							
発疹	日から 部位：							
痛み	日から 部位：							
食事	夕食 いつもの 割							
	朝食 いつもの 割							
ミルク・母乳	最終 (:) ミルク量 (ml)							
水分	□のめる □まあまあのめる □のめない							
機嫌	□良好 □ふつう □ぐずぐず							
睡眠	□良好 □浅い眠り □眠れなかった (: ~ :)							
家庭からの連絡事項			《診察》 (:)					
			《一日の様子》					
内服等	□今朝の内服時間 (:)						担当者：	
	月 日処方	〔薬名： 〕					《与薬》	
	月 日処方	〔薬名： 〕					月 日処方 与薬時間 (:) 看護師 ()	
	□吸入・吐き気止め・外用薬の使用						月 日処方 与薬時間 (:) 看護師 ()	
	月 日処方 (薬名：) 時間 (:)						《解熱剤》 ※次回使用は6時間以上空けてください。	
□飲んでいない						□使用しました (薬名：) 時間 (:) 看護師 () (薬名：) 時間 (:) 看護師 ()		
《その他》								
吸入・塗り薬・点眼 (薬名：) 時間 (:) 看護師 ()								

☆別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わって与薬をお願い致します。

【依頼者】 保護者氏名 :