

※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



年 月 日 ( )

病児保育室 **ムーミンハウス**

(2021.3月改訂)

お子さんの 名前	男 女		年 月 日生まれ ( 歳 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	ピーク 日 ( : ) °C	機 嫌	午前	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや活気なし <input type="checkbox"/> 活気なし
いつから?	昨夜 ( : ) °C		午後	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや活気なし <input type="checkbox"/> 活気なし
( / から)	今朝 ( : ) °C			
解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用した 最終 ( : ) <input type="checkbox"/> 使用せず カロナール・コカール・アンヒバ坐薬	時 間	体 温	睡 眠
せ き	いつから? ( / から) <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない (コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン)			排 泄
鼻 水	いつから? ( / から) <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない			食 事・水 分 等
吐 気	いつから? ( 日から 回) 最後の嘔吐 ( 日 時頃)			状 態 其 他
便	昨夜から今朝まで ( 回) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 最終便: 今朝 昨日 それ以前 ( 日)	8		
尿	最終時間 ( : )	9		
発 疹	日から 部位:	10		
痛 み	日から 部位:	11		
食 事	夕食 いつもの 割	12		
	朝食 いつもの 割	13		
ミルク・母乳	最終 ( : ) ミルク量 ( ml)	14		
水 分	<input type="checkbox"/> のめる <input type="checkbox"/> まあまあのめる <input type="checkbox"/> のめない	15		
機 嫌	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ぐずぐず	16		
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 浅い眠り <input type="checkbox"/> 眠れなかった ( : ~ : )	17		
家庭からの連絡事項		18		
		《診察》 ( : )		
		《一日の様子》		
		担当者:		
内服等		《与薬》		
		月 日処方 与薬時間 ( : ) 看護師 ( )		
		月 日処方 与薬時間 ( : ) 看護師 ( )		
<input type="checkbox"/> 吸入・吐き気止め・外用薬の使用 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。		
		<input type="checkbox"/> 使用しました(薬名: ) 時間 ( : ) 看護師 ( ) (薬名: ) 時間 ( : ) 看護師 ( )		
<input type="checkbox"/> 飲んでいない		《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: