

保護者からの病状連絡票

令和 年 月 日

お子さんのお名前

●病 名						
(診 断 日 月 日)						
●病院名						
(最終受診日 月 日)						
●主な症状に○を付けて下さい。(症状が出始めた日 月 日)						
発熱・下痢・嘔吐・咳・喘鳴(ゼイゼイ)・鼻水・発疹・ケガ						
その他(具体的にお書き下さい。)						
●これまでの経過を記入して下さい。						
・いつ頃からどのような病状でしたか？						
・医師からのお話						
●検査	なし					
	あり	<検査内容> *検査したものに○をして下さい。 コロナ インフルエンザ アデノ RS ノロ・ロタ ヒトメタニューモ 溶連菌 その他()				
・今の状態、気になる症状						
●お薬 あり / なし						
●お薬「あり」の方						
処方日 月 日						
薬の内容	抗生剤	かぜ薬	下痢止め 整腸剤	吐き気止め	その他 (アレルギー等)	解熱 鎮痛剤
何日分	日分	日分	日分	日分	日分	回分
服用時間	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕		(頓用)
外用薬(種類:)						
その他(具体的に:)						
※お昼のお薬がなくても「お薬の説明書」の提出をお願いします。						
○医師から登園の許可はありましたか？						
はい ・ いいえ						
○病後児保育利用についてお話をしましたか？または医師からお話がありましたか？						
はい ・ いいえ						