



年 月 日 ( )

< 家族との連絡票 >

氏名 \_\_\_\_\_

	家庭での様子	病児保育室での様子		
体 温	平熱                   ℃	℃( : )	℃( : )	
	夕                   ℃ ( : )	℃( : )	℃( : )	
	翌朝                  ℃ ( : )	℃( : )	℃( : )	
鼻 水 せ き 喘 息	多い ・ 少ない ・ ない	多い ・ 少ない ・ ない		
	多い ・ 少ない ・ ない	多い ・ 少ない ・ ない		
	多い ・ 少ない ・ ない	多い ・ 少ない ・ ない		
嘔 吐	夜   無 ・ 有 ( 回)	午前   無 ・ 有 ( 回)		
	翌朝   無 ・ 有 ( 回)	午後   無 ・ 有 ( 回)		
便	なし 普通 軟便 泥状便 水様便 ( 回)	なし 普通 軟便 泥状便 水様便 ( 回)		
尿	多い 普通 少ない ない	多い 普通 少ない ない		
水分量	夕                   普通           少量	ミ ル ク	cc( : )	麦 茶
	翌朝                  普通           少量		cc( : )	持参したもの
食 事	夕食                  普通食          軟食 量                   普 通 ・ 少量			
	朝食                  普通食          軟食 量                   普 通 ・ 少量			
薬	解熱剤 ( : )	解熱剤 ( : )		
	内服薬 ( : )	内服薬 ( : )		
睡 眠	良好 ・ 不眠	睡 眠	: ~ :	
機 嫌	良好 倦怠 不良		: ~ :	
安静度	寝かせていた 起きてあそんでいた	備 考		
備 考				

# 除去食依頼書

平成      年      月      日

保護者名			
児童名	男 ・ 女	年	月      日生
除去食を指示された医療機関名：			
医療機関の電話番号：			
担当医：			
除去食を必要とした病名：			
具体的な症状：			
除去食を開始した時期：平成      年      月から			
医師より指示された除去する食品は何ですか。 ○を付けて下さい。			
卵（要 ・ 不要）	生卵（      ）	卵を用いた料理（      ）	卵を用いた菓子（      ）
	つなぎに卵を用いた食品（      ） ・ 鶏肉（      ）		
牛乳（要 ・ 不要）	牛乳（      ）	乳製品（      ）	牛乳や脱脂粉乳を用いた料理（      ）
	牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子 ・ 食品（      ）		
大豆（要 ・ 不要）	大豆油（      ）	大豆油を使用した食品（      ）	
	大豆製品（      ）	大豆加工品（      ）	豆類一般（      ）
その他食品で除去するものを記入してください。			
		月/日	保護者名
			受領者

