

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
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

