

連絡票

利用日 月 日	なまえ		生年月日
	名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
番号は分かる範囲で結構です	診察券番号：	くまさんの家番号：	板橋区登録番号：
緊急連絡先電話番号	①	母・父・その他（ ）	
	②	母・父・その他（ ）	
お迎え予定			
予定時間	名前		続柄
入室前日までの経過			
今日の状態		体温 °C	
食欲	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> なし	機嫌	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い
排便	朝から 回/ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様		
嘔吐	朝から 回/最終嘔吐時間 時 分		
腹痛	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	咳	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
鼻水、鼻閉	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
病院受診 薬	医院名	受診日	
持参薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内容（お薬手帳を預ける場合記入不要、電子手帳の場合記入）		
普段の生活状況 おやつの時間・回数、午睡の時間、排便回数など			
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	回数	最終けいれん日
アレルギー	食物アレルギーのあるお子さんは、その食品名を記入してください。 避けてほしい食品があれば記入してください。		
心配なこと、特に注意することがあれば記入してください			