

キッズケアルーム病状連絡表

申込日	令和	年	月	日
【保護者記入欄】				
●入室児氏名	()	年齢	才	ヶ月
●体温	平熱 (°C)	昨夜 (°C)	今朝 (°C)	
●主な病状に○を付けて下さい				
発熱	(日から)	・ 咳	・ 鼻水	・ 発疹
下痢	(回)	・ 嘔吐	(回)	
その他	()			
●解熱剤の使用	無 ・ 有 (時)			
●朝の服用薬	無 ・ 有 (時)			
●睡眠	良眠 ・ 不眠	●食欲	無 ・ 有	
●食物アレルギー	無 ・ 有 ()	●給食の利用	要 ・ 不要	
●熱性けいれんの既往	無 ・ 有 (才 ヶ月)			
●入室時間	(:)	～ (:)		
●お迎え	父 ・ 母 ・ その他 ()			
●本日の連絡先	1 ()			
	2 ()			

当医院医師・看護師・保育士が責任を持って大切なお子様をお預かり致します。
下記の件についてご了承下さい。

☆病状によっては医師の指示により、お薬の追加や変更する場合があります。

※別途に診察代・薬代がかかります。(解熱剤、点滴施行等)

☆病状によってはお迎えをお願いする事があります。

☆病状が急変した場合は保護者様にご連絡しますが、万が一ご連絡がつかない場合は医師の判断により他の病院へ搬送する事があります。

☆お迎えの時間は厳守してください。

保護者承諾署名欄

令和 年 月 日

保護者氏名 ()