

# 家族からのご連絡

こころチャイルドクリニック

ふりがな			性	男	生年	令和・平成	年	月	日
お名前			別	女	月日	(年齢 :	歳	ヶ月)	
体重	Kg	来院時の体温	℃	( )	幼稚園・保育園		組		
				( )	小学・中学・高校		年 組		
アレルギー	無 : 有 (薬: 食べ物: )								

時刻	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9
○昨夜から今朝までのお子さまの経過を表にご記入下さい。 表記例… 食( )食事 M( )ミルク 水( )水分 薬( )服薬 ダ( )ダイアアップ 屯( )熱さまし (ネツ坐) : 解熱剤坐薬 吐坐( )吐き気止め坐薬																

○当てはまる症状に「○」を付けて、質問にお答えください。

症状など	いつごろから? どの程度
発熱の状況( °C ~ °C)	・いつから? 昨夜 °C、今朝 °C
のどの痛み・頭痛	・いつから?
せき・たん・げーげー	・いつから? ・どの程度?
鼻水・鼻づまり	・いつから?
腹痛・吐き気・嘔吐	・いつから? ・嘔吐は何回?
下痢・便秘	・いつから? ・下痢は何回?
発疹・水疱・湿疹・じんましん	・いつから? ・体のどの部分?
耳の痛み(右・左)・耳の下腫れ(右・左)	・いつから?
【その他の気になる症状・質問など】	

その他の質問	答え		
現在飲んでる薬	【「お薬手帳をお持ちであればご提出ください。」 無・有 (薬の名前: )		
ご家族の方の感染症	病名:	時期:	周囲で流行している病気
熱さましの使用	( 使用しないでほしい ・ 使用してもよい )		熱さまし最終使用時間
熱さまし使用の報告	( 事後報告でよい ・ 事前に連絡希望 )		
本日の緊急連絡先	①	—	— ( 父 ・ 母 ・ 他 )
	②	—	— ( 父 ・ 母 ・ 他 )
お迎え予定	時間 :	( 父 ・ 母 ・ )	明日の予約希望 ( 有 ・ 無 )