メディキッズ山口　病状連絡票

記入年月日(　　年　月　日)

(フリガナ)		歳　ヶ月	お迎え時間:　時　分頃
氏名		体重　　Kg	学校・園名:
緊急連絡先	①　　続柄(　　)　②		続柄(　　)
受診について	受診日(　　月　日)病院名(　　)病名(　　)		
検査について(未・済)	実施した検査(　　)　結果　(陽性・陰性) 実施した検査(　　)　結果　(陽性・陰性)		
発熱(有・無)	いつから(　月　日　時頃より　　℃の発熱あり) 月　日　時頃　℃/　月　日　時頃　℃/　月　日　時頃　℃ 熱さまし(使った・使ってない)　最終使用(　月　日　時頃)(座薬・内服)		
熱性けいれん(有・無)	最後におきたのはいつですか(　年　月　日　歳)		ダイアップ常備(有・無)
咳(有・無)	どんな咳ですか(コンコン・痰がからんだような・ゼイゼイ・ヒューヒュー・その他)		
鼻水(有・無)	量(多い・中くらい・少ない)　　色(透明・白・黄色・黄緑)		
下痢(有・無)	いつから(　月　日)・便の形状(軟便・水様便・ドロドロの便)・(　)回/日くらい 最後の下痢はいつですか(　月　日　時頃)		
嘔吐(有・無)	いつから(　月　日)合計　回　最後に吐いた日時(　月　日　時頃) 吐いたものは(食べたもの・水分・痰のようなもの)		
食事について (必要な場合)	離乳食 (前期・中期・後期) 最終授乳時間(　:　)・量(　mℓ)	ミルク について	時間(　:　)・量(　mℓ) 時間(　:　)・量(　mℓ)
アレルギー(有・無)	食品の名前(　　)(完全除去・つなぎ程度可能)　その他(　　) 食品の名前(　　)(完全除去・つなぎ程度可能)		
翌日利用予定(有・無)	利用希望時間(　:　～　:　)　給食注文の有無(有・無) ※予約状況により受け入れできないこともあります		
その他気になること・ご要望あればお書きください			

記入者氏名(　　)続柄(　　)

与薬依頼票

① 解熱剤の使用　　☐連絡必要　☐連絡不要

② 高熱時の保護者連絡　　☐連絡必要　☐連絡不要

薬の名前	薬の内容	飲ませてほしい時間
	抗生剤・解熱剤・整腸剤・咳の薬・その他(　)	昼食前・昼食後・発熱時・その他(　)
	抗生剤・解熱剤・整腸剤・咳の薬・その他(　)	昼食前・昼食後・発熱時・その他(　)
	抗生剤・解熱剤・整腸剤・咳の薬・その他(　)	昼食前・昼食後・発熱時・その他(　)
	抗生剤・解熱剤・整腸剤・咳の薬・その他(　)	昼食前・昼食後・発熱時・その他(　)

施設記入欄

メディキッズ山口で実施した検査の有無(有・無)

実施した検査　☐インフルエンザ抗原検査　結果 (A・B とも陰性 ・ 陽性:　) 一体化キット・単独キット

☐コロナ抗原検査　結果 (陰性 ・ 陽性)　一体化キット・単独キット

☐その他(　　)　結果 (陰性 ・ 陽性)