

保護者からの連絡票

* 記入後、利用申込書と一緒に提出してください。

お子さんの名前 _____

1 主な症状（該当するものに○印をつけてください）

発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 発疹 ・ 痛み ・ その他（ ）

➤ 発熱に○をした方はお答えください。

解熱剤を使用しましたか？

はい ・ いいえ



最後に使用した時間 _____

本日、解熱剤を持参していますか？

はい ・ いいえ

➤ 下痢に○をした方はお答えください。

下痢 昨日の回数 _____ 回

症状： ゆるい ・ 水便

➤ 嘔吐に○をした方はお答えください。

嘔吐 昨日の回数 _____ 回

2 食欲はありますか？

はい ・ いいえ

3 昨夜はよく眠れていましたか？

はい ・ いいえ

4 本日、持参している薬はありますか？

はい ・ いいえ

5 今までに、熱性けいれんを起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ

➤ “はい”に○をした方はお答えください。

・ 初めて起こした年齢

_____ 才

・ 今までに起こした回数

_____ 回

・ 最後に起こした日

_____ 年 _____ 月 _____ 日

診療情報提供書の指示通り投薬する事を同意します。

住 所

氏 名

印
