

『 森のこかげ 』 連絡票

氏名 _____ 年令 (才 ヶ月)

日付	年 月 日 ()	入室時間 _____ :																																																																		
お迎え予定時間 _____ :		どなたが 母・父・祖母・祖父																																																																		
家庭での様子		病後児保育室での様子																																																																		
体温	平熱 _____ °C	体温 _____ 時 _____ 分 _____ °C																																																																		
	夜 _____ 時 _____ 分 _____ °C	_____ 時 _____ 分 _____ °C																																																																		
	朝 _____ 時 _____ 分 _____ °C	_____ 時 _____ 分 _____ °C																																																																		
薬	解熱剤 座薬等	<input type="checkbox"/> 使用した (時 分) <input type="checkbox"/> 使用せず																																																																		
	朝の内服薬	<input type="checkbox"/> 使用した (時 分) <input type="checkbox"/> 使用せず																																																																		
	お家での 飲ませ方	<input type="checkbox"/> 溶かす <input type="checkbox"/> 練る <input type="checkbox"/> そのまま																																																																		
		機嫌																																																																		
		午前 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> ぐずぐず																																																																		
		午後 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> ぐずぐず																																																																		
1 日 の 様 子																																																																				
項目	状態	時間 睡眠 尿量 便 水分・食事・おやつ など																																																																		
鼻水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">8</td><td style="width: 5%;">睡眠</td><td style="width: 5%;">尿量</td><td style="width: 5%;">便</td><td style="width: 40%;">水分・食事・おやつ など</td><td style="width: 20%;">状態その他</td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	8	睡眠	尿量	便	水分・食事・おやつ など	状態その他	9						10						11						12						13						14						15						16						17						18					
8	睡眠		尿量	便	水分・食事・おやつ など	状態その他																																																														
9																																																																				
10																																																																				
11																																																																				
12																																																																				
13																																																																				
14																																																																				
15																																																																				
16																																																																				
17																																																																				
18																																																																				
せき	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない																																																																			
その他 ()																																																																				
嘔吐	夜 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()回 朝 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()回																																																																			
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()回 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 最終便 (月 日 時)																																																																			
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない																																																																			
水分	量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない お家での <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー・スプーン 飲ませ方 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶																																																																			
食事	夕食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない																																																																			
・																																																																				
ミルク	朝食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 内容;																																																																			
機嫌	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> ぐずぐず																																																																			
睡眠	<input type="checkbox"/> ぐっすり <input type="checkbox"/> たまに起きた <input type="checkbox"/> ぐずぐず (: ~ :)																																																																			
連絡事項など																																																																				
子どもの様子																																																																				