

利用日 年 月 日 ()

家庭連絡票 (家庭からの連絡 保護者太枠内記入)

ふりがな		男の子	平成・令和	年	月	日	生まれ
名前		女の子	歳	か	月	()	kg
前日夕食						食欲	あり・なし
朝食						食欲	あり・なし
平熱	() °C	内服薬			あり・なし		
最高熱	月 日 午前・午後 (:) () °C				処方日	月	日
今日の熱	() °C				残り	()	回分
便	気になることがあれば記入してください。		お薬の飲み方		※服薬ゼリーなど必要な方は、持参してください。		
食事	気になることがあれば記入してください。						
睡眠	気になることがあれば記入してください。		解熱剤		家で使用された方は記入してください。		
排泄	おむつ ・ パンツ で過ごす ※持参のおむつ、パンツで不足する場合は購入となります。				月 日 午前・午後 (:)		
連絡事項 ※処方依頼などの要望、お子さんの状態、かかりつけ医で言われたことなど							
お子さんを連れてきていただく方の体温 () °C				病児保育室チェリーケア 059-340-7015			