

病児依頼連絡票（受診済）

子どもを受診させました。

令和 年 月 日

会員 No: _____

依頼会員名: _____ (印)

子どもの氏名		歳	性別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日
受診結果	受診日	月 日 ()		診断名 (病名)
	病院名			
	電話			
	指示			
前日の様子	体温	朝 ⇒ 度 / 昼 ⇒ 度 / 夜 ⇒ 度		
	食事	食べたもの【 食べられない・水分のみ		食欲 ⇒ ある・ふつう・ない
	排泄(便)	なし・普通便(回) ・ 軟便(回) ・ 下痢(回)		
	排泄(尿)	多い 少ない 普通 少ない(回)		
	その他の症状			
今朝の様子	体温	朝 時 分(度)		
	食事	食べたもの【 食べられない・水分のみ		時刻【 : 】 食欲 ⇒ ある・ふつう・ない
	排泄(便)	普通便・軟便・下痢(回) / 時間 : と :		
	排泄(尿)	(回)		
	その他の症状			
緊急連絡先	① _____ ② _____			
緊急時	万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合は、協力会員の判断を了承します。 なお、依頼会員との連絡が取れず、医師への受診後に手術等の処置をする場合も医師の判断を了承します。			

保護者に代わって、下記のとおり投薬をお願いします。

時間: 食前・食間・食後

与薬回数: _____ 回

指定時間: (_____ 時間毎)

与薬の量: _____

【解熱剤について】	
最後に使った時刻	⇒ _____ :
次に使い始められる時刻	⇒ _____ :