家　庭　と　の　連　絡　票　Ⅰ　登録№.＿＿＿＿＿＿

＜保育日：令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分＞

お子さんのお名前		男女	生年月日	H・R　　年　　月　　日	体重	kg
保護者名			お迎えの人の名前（続柄）			

1）いつからどのような症状になりましたか。（昨日から今朝の症状について記入）

2）お医者さんには　**かかっている**　・　**かかっていない**
いつから（　　）病院名（　　）
くすり　**あり**　・　**なし**

・いつも飲んでいる薬はありますか
あり（　　）　**なし**

・本日の連絡先（　　）

・本日、だしてほしいお薬はありますか　**あり**　**なし**
内服薬（　　）坐薬（　　）外用薬（　　）その他（　　）

・熱性けいれんを起こしたことはありますか　**あり**　**なし**
①　　年　　月　　日　℃　②　　年　　月　　日　℃

・アレルギー　食べ物　**あり**（　　）　**なし**
くすり　**あり**（　　）　**なし**

・入院歴　**あり**　（病名　　）　**なし**

インフルエンザワクチンの接種日（10 月～）

お子様について、体質（アレルギー等）など心配なこと、配慮してほしいことがあれば具体的に記入して下さい