



家庭連絡票



年 月 日 () 記入

名前	(男・女)	生年月日	H 年 月 日 (歳 ヶ月)	体重	Kg
診断名		受診病院	(受診日 /)	検査	なし ・ あり ()
病状の経過					

☆ くすりについて ☆

今回の処方内容 (月 日から)	例) ムコダイン・アスピリン 分3/5日分				
常用薬	なし ・ あり ()				
普段の内服の方法	例) 水で溶いてスプーンを使用して内服				
解熱剤の使用について	<ul style="list-style-type: none"> 希望する (°C以上になったら使用して欲しい) できるだけ使用しないで欲しい 医師の判断に任せる ※解熱剤の処方希望 (□座薬 □粉)				

☆ 既往歴について ☆

喘息	なし	あり
アレルギー	なし	あり ()
けいれん	なし	あり
		<ul style="list-style-type: none"> 最終のけいれん 年 月 日 今回のけいれん なし ・ あり ダイアップの使用 なし ・ あり
		(月 日 時 分 mg)
		(月 日 時 分 mg)

★お預かりの際、病状の変化に伴い、処方・処置・検査の必要があれば行います。

その際、診察料がかかります。お預かり金から精算し、お迎えの際に説明させていただきます。

よろしいでしょうか？

同意します 同意しません

★登園許可書が必要な方は、当院で作成することができます。(診察料がかかります)

希望する 希望しない

★減免対象の方は、別紙申請が必要となりますので、お申し出ください。

★キャンセル・入室時間変更連絡は、8時30分までをお願いします。

