



スマイルケアルーム連絡表

年 月 日()

フリガナ 氏名	年齢 歳 か月	体重 kg	性別 男・女
診察日 /	病院名	病名	
今の病状を○で囲んでください	体温	平熱 °C	今飲んでいる薬 ある(食前・食間・食後)・ない
熱 咳 喘鳴 鼻水 鼻閉	昨夜 °C	今朝 °C	当院で飲む薬はありますか ある・ない
嘔吐 吐き気 下痢 便秘 発疹	最終解熱剤使用時間()	今朝の薬 飲んだ(時 分)・飲んでいない	
充血 目やに 耳だれ 痛み かゆみ	ありますか	機嫌	良・普通・悪
その症状(熱など)はいつからですか	入院 ある・ない	元気	普通・少し・ない
	けいれん ある・ない	食欲	普通・少し・ない
	それはいつですか	水分	とれている・とれていない
		睡眠	眠れた・少し眠れた・眠れていない
アレルギー ある・ない (食品・薬・その他)	禁止食品 ある・ない 食品名	排便	水・泥・軟・普・硬 回
具体的に		緊急電話番号 続柄	
		① ()	② ()
		お迎えにくる人() お迎え時間 時 分	

熱 °C	9	10	11	12	13	14	15	16	17
40									
38									
36									
薬									
食事									
排泄 尿○									
便●									
睡眠									
症状									
今日の様子					医師より				

スマイルケアルーム

利用料 ¥

円 領収書いたしました



生活保護世帯に該当 する・しない

非課税世帯に該当 する・しない