

家庭からの病状連絡票

利用年月日： 年 月 日

(フリガナ) 氏 名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	年	月	日 (歳 ヶ月)
病気の経過	月 日頃より発症			
現在の病状	発症から現在までの経過(具体的な症状、処置等もできるだけ詳しくご記入下さい。)			
	今朝の体温	°C	平熱	°C
	今朝の嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	昨日の嘔吐	回/1日
	便の状態	<input type="checkbox"/> あり[普通・軟便・泥状・水様] <input type="checkbox"/> なし[日間]		
	その他の症状について該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹(部位:) <input type="checkbox"/> かゆみ(部位:) <input type="checkbox"/> その他の症状()			
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い			
食欲	<input type="checkbox"/> あり(今朝の食事時間: 時 分/内容:) <input type="checkbox"/> なし			
昨夜の睡眠	<input type="checkbox"/> よくねた [就寝] 時 分		<input type="checkbox"/> あまりねていない <input type="checkbox"/> ほとんどねていない [起床] 時 分	