

# 病 児 依 頼 連 絡 票

様式1

札幌市こども緊急サポートネットワーク

家庭で安静にしているようにと 診断されました

年 月 日

会員番号 \_\_\_\_\_

利用会員名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

1. 支援料の減免を希望します(診療情報提供書 月 日 受診分)      2. 支援料の減免を希望しません

子どもの名前		性別	男 ・ 女	
	歳	生年月日	年 月 日	
受診結果	受診日		診断名 (病名)	
	病院名			
	TEL			
	指示			
緊急連絡先	① _____ ② _____			
前日の様子	体温	朝 _____ °C 昼 _____ °C 夜 _____ °C		
	食事	普通食 ・ 消化いいもの ・ 水分のみ ・ 食べられない      食欲 →      ↘		
	排泄<便>	普通便 _____ 回 ・ 軟便 _____ 回 ・ 下痢 _____ 回		
	排泄<尿>	多い      少ない      普通      少ない      ( _____ 回)		
	その他症状			
今朝の様子	体温	朝 _____ 時 _____ 分 _____ °C		
	食事	普通食 ・ 消化いいもの ・ 水分のみ ・ 食べられない      食欲 →      ↘		
	排泄<便>	普通便 ・ 軟便 ・ 下痢 _____ 回 / : と :		
	排泄<尿>	( _____ 回)		
	その他症状			
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、スタッフ会員の判断を了承します。 尚、利用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、下記のとおり与薬をお願いします。

\* 解熱剤について

時 間      食前 ・ 食間 ・ 食後

与薬回数      回

指定時間      ( \_\_\_\_\_ 時間毎)

種類・量      水薬      粉薬( )包      錠剤( )錠

種類と量	座薬	本
	内服薬	包錠
最後に使った時刻	→	:
次に使い始められる時刻	→	: