

病 児 依 頼 連 絡 票

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

緊急連絡先 ①

②

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・処方内容					
	検査結果（検査を行った場合）					
症状の経過	・新型コロナウイルス	検査結果	〔陽性／陰性〕	検査日時	月 日	
	・インフルエンザウイルス	検査結果	〔陽性／陰性〕	検査日時	月 日	
	・その他（	検査結果	〔陽性／陰性〕	検査日時	月 日	
	（例）○月○日より発熱。○日に病院受診。○日解熱したが、喉の痛みは継続している。					
前日の様子	体 温	朝 ℃ / 昼 ℃ /				
	食 事	普通食 ・ 消化に良いもの ・ 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				
	その他 症 状					
今朝の様子	体 温	朝 時 分 ℃				
	食 事	普通食 ・ 消化に良いもの ・ 水分のみ ・ 食べられない 食欲 → ↘				
	排泄〈便〉	普通便 回	・ 軟便 回	排泄〈便〉時刻		
	排泄〈尿〉	回				
	その他 症 状					
既往歴						
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、医療機関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	→	時 分
次に使い始められる時刻	→	時 分