

病後児保育室問診票

年 月 日

登録番号 _____

お子さんの氏名	男 女	年齢	歳	ヶ月	体重	Kg
---------	--------	----	---	----	----	----

お迎えについて
 予定時間： 時 分頃 / お迎えの方の名前： (続柄：)

本日の連絡先
 氏名 () / 連絡先名 / TEL

これまでの経過 (いつからどのような状態ですか？前日利用された方は帰宅後からで結構です。)

今日の状態 (○印をおつけください)

体温： _____℃ / 時 分 (平熱 _____℃) 食欲： 旺盛・普通・少食・なし
 排便： 朝から _____回 / 普通・軟・水様・便秘 排尿： 普通・少なめ・1/2以下
 機嫌： 良・やや不良・悪 嘔吐： なし・朝から _____回 腹痛： 有・無
 せき： なし・時々・頻繁に / 起床時・昼間・入眠時・夜間 / から咳・湿った咳
 喘鳴(ぜい太い)： 有・無 はな： なし・鼻みず・鼻づまり

今回の病気で通院中ですか？ はい・いいえ
 はいとお答えの方(前医： _____ 医院・病院/病名： _____ / 投薬： 有・無)
 今回以外で治療中の病気は？ 有・無
 有とお答えの方(病名： _____ / 薬： _____)

これまでにかかった病気： 水痘・おたふく・はしか・風疹・百日咳・熱性ケイレン・(_____ 回)
 インフルエンザ (H _____ 年 _____ 月)
 その他 (_____)

これまでに行なった予防接種： BCG ポリオ [生ワクチン、不活化ワクチン] (1回目・2回目)
 三種混合 [ジフテリア、百日せき、破傷風] (I期1回・2回・3回 追加)
 四種混合 [ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ] (I期1回・2回・3回 追加)
 MRワクチン [麻疹風疹混合] (I期・II期) 麻疹 風疹 日本脳炎 おたふくかぜ
 水痘 インフルエンザ (_____ 年 _____ 月接種) 肺炎球菌 Hib ロタウィルス B型肝炎
 その他 (_____)

薬物・食品アレルギー： 無・有 (具体的に： _____)

※登録時の書類に変更(住所・TEL・緊急連絡先等)がありますか？：有・無
 変更のある方は具体的にお知らせください。

実際のお迎え時間： 時 分 お迎えの方の署名 (続柄) _____
 (_____)