

病児保育室 問診票 (4歳～)

ID: _____ 年 月 日 ()

フリガナ _____

名前 _____ 歳 ヶ月 男・女 体重 _____ Kg

お迎えに来る方 _____ 続柄 _____ 緊急連絡先 携帯番号(_____)

お迎え予定時刻(_____ : _____ 頃) 職場番号(_____)

通園・通学施設名 _____

けいれん : 無・有 初回(_____ 歳 ヶ月) 最後(_____ 歳 ヶ月)
 ダイアップの指示は 無・有(_____ °C以上 _____ mg)

アレルギー : 無・有 <食品> 卵・卵の加工品はOK・牛乳・小麦・大豆・その他(_____)
 <おくすり>
 <その他>

その他アレルギーについて保育中留意することがあれば教えてください。

登園不可の場合、翌日も利用を希望されますか?
 * 保育体制によりご希望に添えないこともあります。 (希望する・希望しない)

	いつから	症状
熱		今朝の家での体温 _____ °C 受け入れ時の体温 _____ °C < 解熱剤使用 無・有 (_____ : _____) >
咳		痰がからむ・から咳・ゼー音・夜目が覚める・横になって寝ている・咳込みにて嘔吐
鼻水		さらさら・ねばねば・無色・黄緑色
嘔吐		1日 _____ 回 最終(_____ : _____) その後の水分摂取(_____ : _____)
下痢		1日 _____ 回 (水様・泥様・軟便) 色[クリーム色・茶色・その他(_____)] 本日の排便 無・有 _____ 回 普段の排便 毎日・ _____ 日に _____ 回・ゆるめ・固め
発疹		痒み 無・有 部位は 頭・顔・胸・腹・背中・手・足・その他(_____) <使用中の薬>
痛み		部位 頭・首・耳・喉・胸・腹・足・関節・その他(_____) 頻度 _____

周囲で風邪症状の方はいますか? その方の症状は? (_____)

通園・通学施設で流行している病気はありますか? (_____)

現在までの治療

(_____) 外来治療を受けている (本院・他院 _____)
 薬の内容 (_____)

(_____) 外来治療を受けていない

< 冬季のみ > インフルエンザ予防接種 未・済 (1回・2回)

食事 (いつも通り 悪い) 朝(_____ : _____)

水分 普通・少量ずつ飲んでいる・飲めていない 最終(_____ : _____)

睡眠 (_____ : _____ ~ _____ : _____) 眠れる 時々 眠れず

機嫌 普段と変わらず・悪い

医師の指示

与薬・検査の指示

- ◎ 病名 感冒 胃腸炎(_____) (_____) 本日処方 (_____) Dr 内服説明済
- 水痘 おたふく インフA・B (_____) 持参薬 (_____) 変化がなければ診療なし
- アデノ マイコ 溶連菌 RS (_____) 検査(血液 便 他(_____))
- ◎ 診断 (入室→可・否) 鼻吸引 吸入(_____) 浣腸(_____)
- ◎ 安静度(隔離室・室内安静・室内保育) 熱の経過 咳 水分補給こまめに 吐物取り扱い注意
 治療証明

