

病後児保育室問診票

年 月 日

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／お迎えの方の名称： (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： °C／ 時 分 (平熱 °C)		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 (ぜいイ)： 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 ロタウイルス 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)

()