

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 (〇印をおつけください)						
体温：		℃	/	時	分	(平熱 ℃)
排便：		朝から	回	普通・軟・水様・便秘		食欲： 旺盛・普通・少食・なし
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(ゼゼイ)：		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)

()