病児病後児保育室問診票

年　　月　　日　　登録番号

お子さんの氏名	性別	年齢　　歳　　ヵ月　体重　　kg

お迎えについて

予定時刻：　　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　（平熱　　℃）　食欲:　普通・小食

排便：　朝から　　回　/　普通・軟・便秘　　排尿：　普通・少なめ・なし

機嫌：　良・悪　　嘔吐：　無し・朝から　　回　　腹痛：有・無

せき：　有・無　　喘息(ゼイゼイ)：　有・無　　はな：　無・鼻水・鼻づまり

今回の病院で通院中ですか？：　はい・いいえ

はいとお答えの方(前医：　　/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
・熱性けいれん(　　回)　・インフルエンザ(　　年　　月)
・その他(　　)

これまでに行った予防接種：　接種期間内で　①予定通り接種済
②未接種あり

②とお答えの方

[　　]

薬物・食品アレルギー：　有・無　(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

[　　]