

病児・病後児保育利用申込・問診票



利用年月日 年 月 日

ふりがな	性別 男 女	年齢	歳	ヶ月
児童氏名		体重	kg	本日の体温 (職員記入)
通所施設	保育園 幼稚園 小学校	平熱	℃	℃
本日の 連絡先	※必ず連絡の取れる番号をご記入ください			
	①名前	続柄	TEL(携帯)	(勤務先)
	①名前	続柄	TEL(携帯)	(勤務先)

※登録内容の変更・その他伝えたいことがある方は下記にご記入ください

既往歴	
予防接種	
その他	



※お迎えの方が変わる場合は事前にご連絡ください

お迎えの時間	時 分	お迎え：父・母・その他()
明日の予約	予約する	予約しない

❀ 児童の健康状態 ❀

(いつから、どのような症状があるかご記入ください)

今回の病気の経過 月 日ころより発症

主な症状

<input type="checkbox"/> 熱:昨夜	℃	今朝	℃	<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 嘔吐(回)
<input type="checkbox"/> 喘息		<input type="checkbox"/> 腹痛		<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> 目脂	<input type="checkbox"/> その他()
便の状態		・昨日(普軟泥水)(回)		・今朝(普軟泥水)(回) ・なし(最後の排便 日)		
最後に尿の時間						

機嫌・活気 (機嫌) 良い 悪い (活気) 良い だるそう ぐったりしている

食欲 (昨夜) あり なし (今朝) あり なし

睡眠 就寝: 時頃から / 起床: 時頃 / 良眠 不眠

《薬について》 ※市販薬のお預かりはしません。

☆今、飲んでいる薬 あり なし

☆本日お預かりする薬 あり なし (今朝、飲みましたか)

粉薬() 包 はい いいえ

シロップ() はい いいえ

解熱剤

* 最終使用時刻:

* いつも使用しているのは 坐薬 飲み薬

* 保育中に熱が上がった場合 使用してよい 連絡の上使用する 使用しない

けいれん止め

* 熱性けいれん(これまで 回・最後は 年 月・歳 ヶ月ころ)

* 薬の指示(℃以上で ダイアアップ mgを使用)

* 今回は 未使用

使用している(1回目 月 日 時)(2回目 月 日 時)

* 保育中に熱が上がった場合 使用してよい 連絡の上使用する

その他

☆与薬 そのまま飲める 水に溶かして飲める 嫌がる

生

食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸炎の食事(軟食)
	<input type="checkbox"/> 離乳食(ドロドロ・舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・歯でかめる)ミルク ml
	<input type="checkbox"/> アレルギー食() <input type="checkbox"/> ミルクのみ ml/回 間隔(時間)
(状況)	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる(はし・スプーン)

活

排泄	<input type="checkbox"/> トイレで出来る(お尻を一人で拭ける・要介助) <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 睡眠時オムツ
水分	<input type="checkbox"/> とれている <input type="checkbox"/> あまりとれてない/最後は(いつ どのくらい)
	飲み方(<input type="checkbox"/> コップ・ <input type="checkbox"/> ストロー・ <input type="checkbox"/> 哺乳瓶) 好きな飲み物()
睡眠	<input type="checkbox"/> とんとんされて眠れる <input type="checkbox"/> 抱っこで入眠 <input type="checkbox"/> 一人で眠れる

好きな遊び

