

病児保育室問診票

利用日 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	体重	kg
お迎えに 来る人	氏名	続柄	
診察を受け た病院名	病院・医院・クリニック・他 ※診療情報提供書の提出が必要です		
症状	いつからどのような症状ですか？		
	昨日の様子（前日利用の方は帰宅後の様子）	今朝の様子（起きてから）	
体温	℃（夜 時 分）	℃（朝 時 分）	
機嫌	良い・普通・悪い・非常に悪い	良い・普通・悪い・非常に悪い	
食事摂取量	夕食 多い・普通・少ない・未摂取 1日のミルク量 約 ml/日	朝食 多い・普通・少ない・未摂取 最終のミルク量 ml（時 分）	
水分	飲める・少ないが飲める・飲めない	飲める・少ないが飲める・飲めない	
鼻	鼻水・鼻づまり・目立たない	鼻水・鼻づまり・目立たない	
咳	頻繁に・時々・目立たない	頻繁に・時々・目立たない	
嘔吐	あり（回 最終 時 分）・なし	あり（回 最終 時 分）・なし	
痛み	あり（頭・のど・腹・その他）・なし	あり（頭・のど・腹・その他）・なし	
排尿	普通・少ない・なし	普通・少ない・なし（最終 時 分）	
排便	硬い・普通・軟便・水様（回）・なし	硬い・普通・軟便・水様（回）・なし	
薬	あり（時 分 内服・座薬）・なし	あり（時 分 内服・座薬）・なし	
睡眠	寝れた・時々起きた・寝ていない		

↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ 初日のみ記入 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓

普段の薬の飲み方	そのまま・水で溶いて・ゼリーなどで・その他（ ）		
普段のミルク量	ml × 回	食後のミルク あり・なし	
アレルギー	あり・なし（食品の場合は具体的に ）		
熱性痙攣の既往歴	あり（最終の痙攣 年 月）（予防投与 あり・なし）・なし		
既往歴	麻疹・風疹・水痘・おたふく・百日咳・突発性発疹・その他（ ）		
予防接種	麻疹・風疹・水痘・おたふく・BCG・日本脳炎・四種混合（三種混合＋ポリオ）・肺炎球菌・ B型肝炎・ヒブ・ロタ・インフルエンザ（最後 年 月）		
周囲で流行っている病気	あり（病名	接触あり・なし）・なし	
備考欄			