

# 病児保育利用問診表

該当する箇所には○印や記入をして下さい。

令和 年 月 日記入

フリガナ <b>氏名</b>				愛称( )	男・女
<b>生年月日</b>	H・R	年	月	日生	( 歳 ヶ月)
<b>アレルギー</b>	食事	ない・ある ( 具体的に: )			
	薬	ない・ある ( 薬品名: )			
	環境	ない・ある ( ダニ・ハウスダスト・動物・その他: )			
<b>既往歴</b>	突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 喘息・気管支喘息(継続治療中・悪化時治療のみ) アトピー性皮膚炎 その他 ( ) 熱性けいれん 【 初回 歳 ヶ月 / 最後 歳 ヶ月 / 回数 回 】 【 坐薬の指示 ない・ある ( °C以上) 】				
<b>入院経験</b>	ない・ある ( 歳 ヶ月 病名: ) ( 歳 ヶ月 病名: )				
<b>常時服用中の薬</b>	ない・ある ( 具体的に: 処方医院: )				
<b>予防接種</b>	ヒブ	1回・2回・3回・追加	四種混合	1回・2回・3回・追加	
	肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	三種混合	1回・2回・3回・追加	
	BCG	未・済	ポリオ	1回・2回・3回・4回	
	MR	未・1回・2回	水ぼうそう	未・1回・2回	
	おたふくかぜ	受けてない・1回・2回	日本脳炎	未・1回・2回・3回・追加	
	B型肝炎	受けてない・1回・2回・3回	ロタウイルス	受けてない・1回・2回・3回	
嘔吐・下痢等で脱水を認めた場合は「経口補水液OS-1」「イオンウォーター」を使用します。 経口補水液OS-1・・・200円 イオンウォーター・・・100円 の実費負担がかかります。 ※お子さんのために上記が必要です。承諾がなければお預かりできません。 承諾を します ・ しません					
<b>その他 配慮事項</b>	体質やクセ、心配なこと、配慮して欲しいこと、発達面について指摘があることなどあれば具体的にお書き下さい。				