



もれ
問

しん
診

びょう
表

平成 年 月 日

名 姓 () 生年月日(年 月 日)

☆ 今回 病院に受診していますか？

いいえ ・はい → はいの場合は以下の質問にお答えください。

「はい」の場合 病院名() 受診日(月 日)
病名()

☆ 現在の症状

・発熱 ・頭痛 ・咳 ・鼻汁 ・喘鳴 ・腹痛 ・吐き気
・嘔吐 その他()

☆ 発症から現在までの症状をできるだけ詳しく記入して下さい。

[]

☆ お薬をもらっている場合

いつから内服していますか？ (日 から)

今回までに何回内服していますか？ (回)

☆ 今回前薬は使用していますか？

・無 ・有 最終に使用したのは？ (日 時頃)

☆ 下痢はしていますか？

・無 ・有 ()

☆ 嘔吐はありますか？

・無い ・無い ()

☆ 食欲はありますか？

・普通 ・少ない ・水分のみ ・食べない

☆ 今までに喘息と言われた事はありますか？

・無 ・有 → 有の場合、薬の服用は？ ・無 ・有

☆ アレルギーはありますか？

・無 ・有 ()

☆ 今までに熱せたいれんをしたことはありますか？

・無 ・有 (いつ頃)

→ 有りの場合は、今回いれん止めを使用していますか？

・無 ・有 (回 時頃)

☆ 今までに大きな病気や、先天性の病変はありますか？

・無 ・有

☆ 今回の緊急連絡先 ・父 ・母 (TEL) ・自宅 ・勤務先 ・携帯

下関病児保育所すこやかルーム

☆ 検査が必要な場合は希望されますか？

はい . いいえ



病児保育指示書

お子様の名前 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記項目にご記入又は○印をつけてください。

- I 病名 _____
- II 現病歴 病気の始まった日時 _____ 月 _____ 日 _____ 朝 _____ 昼 _____ 夕 _____ 夜
 発熱・咳嗽・嘔吐・下痢 その他 (_____)
- III 既往歴 感染症………はしか・水痘・おたふくかぜ・風疹・手足口病
 けいれん………有熱時 _____ 無熱時 (憤怒けいれんを含む) _____ 無し
 除去食品………有り (食品名 _____) _____ 無し
- IV 処方について 1) 必ず薬局からの説明書を持参するようにご指導ください。
 2) 院内処方の場合は、主剤をお書きください。
 (_____)
- V 基礎疾患、お子様の体質、薬の副作用など特記するものがあれば記入してください。

本書記載年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

電話： _____

FAX： _____

ご協力ありがとうございました。病児の保育記録は翌日には貴医療機関にFAXでご報告することができます。必要な場合はお送りしますので下記に○をつけてください。

必要

下関病児保育所・すこやかルーム 電話・FAX 245-5691

下関市長府江下町1-45 うめだ小児科医院・3階

わかば病児保育所

電話・FAX 233-0548

下関市沙入町44-10

昭和病院

下関病児保育所・おひさまキッズハウス

電話・FAX 256-2865

下関市秋保南町2-2-22

育葉こどもクリニック

病児保育利用申込書

平成 年 月 日
 ※ 登録番号 ()

◇ 基本事項について

お子さんの名前				生年月日	平成 年 月 日
お子さんの愛称					
兄 弟	○ ○ ○ ○	(男の子は♂、女の子は♀と書き、本人は□で囲む)			
父の名前		勤務先		電 話	
母の名前		勤務先		電 話	
自宅の住所				電 話	
保育所・幼稚園名				電 話	
かかりつけ医院名				電 話	
出生時体重	g	在胎週数	週	携帯電話(父・母)	
元気な時の性格	吐き易い	人見知り	嘔みつく	物を投げる	
好きな食べ物					

◇ 病気について (症状の該当するものを○で囲んでください。)

病 名								
医 師 に	受診している				受診していない			
現在の症状	発熱	咳	鼻水	嘔吐	下痢	頭痛	腹痛	吐き気
	元気がない		食欲不振		その他 ()			

◇ 入室中の食事と服用について

ミ ル ク	m l	時 間	時	時	時	時
離 乳 食	要 ・ 不要	時 間	時	時	時	時
昼 食	持参 ・ 弁当希望	お や つ	持参 ・ 要 ・ 不要			
服 薬	あり ・ なし	薬は好き ・ 薬を嫌う ・ 時に薬を吐く				

◇ 予防接種について (該当するものを○で囲んで下さい。)

三種混合 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 はしか 風疹 BCG ポリオ 水痘 おたふくかぜ 日脳

◇ これまでにかかった病気について (該当するものを○で囲んで下さい。)

はしか	水痘	おたふくかぜ	百日咳	風疹	手足口病	喘息	中耳炎
熱性けいれん 憤怒けいれん 生まれつきの病気など ()							
アレルギー・除去食品あり (食品名) ・ なし							

◇ その他

健 康 保 険 証	保険者番号		記 号		番 号	
福祉医療費受給者証	記 号		番 号			
迎えに来られる方	母親 ・ 父親 ・ その他 (続柄)					
迎えに来られる時間	時 分頃					