

# 【問診票】

入室年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
児童氏名	男 ・ 女	体重	kg
		平熱	℃
本日の連絡先	① 名前	続柄	名称・TEL
	② 名前	続柄	名称・TEL
今回の病気の経過	月 日 頃より発症		
主な症状	<input type="checkbox"/> 熱: 昨夜      ℃ 今朝      ℃ <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 嘔吐( 回) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発赤疹 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他(      ) <input type="checkbox"/> 便の状態 ・ 昨日(普 軟 泥 水)(      回) ・ 今朝(普 軟 泥 水)(      回) <input type="checkbox"/> なし(最後の便      日) ・ 最後に出た尿の時間(オムツの場合は交換時間)(      :      )		
	機嫌・活気 ・ 機嫌: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪 ・ 活気: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> ぐったりしている		
	食欲 ・ 昨夜: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> なし ・ 今朝: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> なし      ・ 水分:      ml		
睡眠	・ 就寝      :      頃から 起床      :      頃 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠		
生活 (食事/排泄/睡眠)	<input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 離乳食 時間(      時)(      時) ミルク      ml <input type="checkbox"/> ミルクのみ      ml/回 間隔(      時間) <input type="checkbox"/> アレルギー食(      )		
	<input type="checkbox"/> トイレで出来る(お尻: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		
	<input type="checkbox"/> とんとんされて眠れる <input type="checkbox"/> 抱っこして入眠		
好きな遊び		その他 生活リズム 特記事項など	
最近受けた予防接種 (登録時以降)		罹った感染症 (登録時以降)	
お迎え時間	時 分	お迎え:      父親 ・ 母親 ・ その他(      )	
明日の予約	<input type="checkbox"/> 予約する入室時間      時 分 <input type="checkbox"/> 予約なし		

# 【薬について】

今飲んでる薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 名称(      ) <input type="checkbox"/> 内服薬 名称(      ) ・ 時間 (昨夜 :      ) (今朝 :      )      ・ 時間 (昨夜 :      ) (今朝 :      )		
	<input type="checkbox"/> 外用薬 名称(      ) <input type="checkbox"/> 解熱剤 名称(      ) ・ 時間 (昨夜 :      ) (今朝 :      )      ・ 時間 (昨夜 :      ) (今朝 :      )		
	<input type="checkbox"/> その他 名称(      ) <input type="checkbox"/> ホクナリンテープ 貼った時間( :      ) ・ 時間 (昨夜 :      ) (今朝 :      )      貼った場所(      )		

与薬依頼	<b>※お薬手帳又は薬剤情報提供書を忘れずご持参下さい。</b>		
	<input type="checkbox"/> 持参薬: 内服薬 ・ 外用薬 ・ 解熱剤 ・ その他(      )		
	<input type="checkbox"/> 屯用薬(解熱剤・抗けいれん薬・痛み止めなど)を持参された方にお聞きます。 <input type="radio"/> 屯用薬は初めてですか? はい ・ いいえ <input type="radio"/> 屯用薬を使用する際、連絡を希望しますか? する ・ しない		
	<input type="checkbox"/> 薬の飲み方      そのまま飲める      ・      水に溶かして飲める      ・      嫌がる		
<input type="checkbox"/> 上記の内容で与薬を依頼します。		保護者名	受領サイン