

【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	°C
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 °C 今朝 °C <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	※お薬手帳又は薬剤情報提供書を忘れずご持参下さい。		
	<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 そのまま飲む ・ 水に溶かして飲む ・ 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