

いそはら病児保育ルーム

入室前問診

月 日 時 分 記入

ふりがな 児の氏名		生年月日	H・R 年 月 日
通われている園・学校・施設 (療育施設・学童クラブ等)		呼び名	
本日の緊急連絡先(必ず記載)	(電話番号) (続柄)		
基礎疾患	なし・あり 病名() 薬()		
アレルギー	なし・あり (原因) (症状) (薬)		
通院中の病気	なし・あり 病名() 薬() 病院()		

体温	°C (:)		
食べた時間	朝・昼 (:)	食べた物	
最終排尿	/ (:)	普段の尿回数	多い・普通・少ない
最終排便	/ (:)	軟便・普通・硬い・下痢(性状))
最終嘔吐	なし・/ (:)		
睡眠時間	昨夜 (:) ~ 今朝 (:)	良・不良	
薬	朝の薬 内服した時間 (:) 薬名()		
	昼の薬 内服した時間 (:) 薬名()		
※お薬手帳確認	飲ませ方 そのまま・何かに混ぜて・スプイト・その他()		
	解熱剤 使用していない・使用した / (:) (薬名)		
	臨時薬(例:解熱剤、点眼薬、軟膏など) なし・あり (薬名)		
	ダイアップ 使用していない・使用した (:) 2回目挿肛時間 (:)		

<input type="checkbox"/> 前回と同じ (毎回利用初日の時は必ず下記を記入してください)			
食事	自立・手伝い要	水分補充	水道水 可・不可
普段の食事量	いっぱい食べる・普通・少食		
排尿	トイレ・オムツ	排便	トイレ・オムツ
性格	人見知り・社交的・積極的・消極的 その他() 慣れない場所に抵抗が大きい		
遊び	好きな遊び・キャラクター() *本人のお気に入りのものや落ち着くものをお持ちください		
こだわり	()		

病児保育室に伝えたいこと・お願いしたいこと(例:体調不良児の時の様子や発達面で心配なことなど)

--