

問診票 (キッズケアハウス)

新規・継続

年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
お名前		性別	男 ・ 女

いつ頃からどのような症状ですか
 継続利用の方は昨日からの変わった所を教えてください

日頃服用している薬はありますか (有 • 無)

今朝服用した薬はありますか (有 • 無)

昨日から今朝にかけてけいれん止めを使用しましたか 使用した (:) 使用していない

昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか 使用した (:) 使用していない

体温 昨夜 (:) °C 体重 kg
 今朝 (:) °C

アレルギー薬 (有 無) アレルギー食品 (有 無)

解熱剤の使用目安 °C以上にて (即使用・しんどそうなら使用)

緊急連絡先 ① ②

お迎えの方氏名 () お迎え予定時間 (:)

以下医師記入欄

上気道炎・気管支喘息・胃腸炎・水痘・おたふく・中耳炎
 手足口病・インフルエンザ・ ()

医師→保育室

- ①持参薬服用 ②キッズ処方薬服用
 ③持参薬中止しキッズ処方薬服用 ④持参薬及びキッズ処方薬服用

※解熱剤 持参あり 一般 感染室

<処置>。水分 (アクアライト使用) 。吸入、採血、レントゲン、点滴、浣腸