

# 問診票 (キッズケアハウス)

ご利用日

( 日 目 ) 年 月 日 ( )

ふりがな		体重	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。

日付 / ~ ・発熱 ( °C )  
 ・鼻水 ( ) ・咳 ( ) ・発疹 ( )  
 ・嘔吐 ( ) ・下痢 ( )  
 ・食事 ( ) ・水分量 ( ) ・尿量 ( )

◎定期的に飲んでいる薬はありますか。 ( 有 ・ 無 )

◎今回の症状(病気)で飲んでいる薬はありますか ( 有 ・ 無 )

◎けいれんの予防薬を使用するようにかかりつけ医からの指示はありますか。 ( 有 ・ 無 )

◎昨日から今朝にかけて熱を下げる薬を使用しましたか。( 使用した-時間 : ・使用せず )

◎熱を下げる薬を使う時のかかりつけ医からの指示はありますか。 °C以上で(即使用・しんどそうなら)

◎体温 ・昨夜 °C (時間 : ) ・今朝 °C (時間 : )

◎アレルギー ・薬(有 ・ 無 ) ・食品(有 ・ 無 ) ◎アフライト ( 可・不可 ) 持参(有・無 )

緊急連絡先 ①( ) ②( )

お迎えの方の氏名 ( ) ※朝にお預かりの方とお迎えの方が  
 お迎えの時間 ( : ) 違う時は身分証明をご持参ください。  
 ※最終お迎え時間は17:45になります。

◎その他にお伝えしたいことがあればご記入ください。

18.06-ver5.1

## 以下、医師記入欄

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

[ 医師 → 保育室 ]	⑤ 薬なし	処置
① 持参薬服用		・水分 ( アフライト使用 )
② キッズ処方薬服用		・吸入
③ 持参薬中止し、キッズ処方薬服用		・浣腸
④ 持参薬およびキッズ処方薬服用	※ 解熱剤持参	