2026.10.15

病児保育問診票（初日の方）

利用日：20___年___月___日

お名前（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　男　・　女　）
生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿（＿＿＿＿歳＿＿＿＿ヶ月）
朝の熱：＿＿＿＿＿＿℃
体重：＿＿＿＿＿＿ｋｇ

症状について
発熱：なし・ある→いつから（　　月　　日～　　月　　日）　一番高い熱（　　℃）
咳：なし・ある→いつから（　　月　　日～　　月　　日）
夜の咳の状況：　眠れている　・咳で起きる
鼻水：なし・ある→いつから（　　月　　日～　　月　　日）
吐気・嘔吐：なし・ある→いつから（　　月　　日～　　月　　日）回数（　　回）

下痢：なし・ある→いつから（　　月　　日～　　月　　日）回数（　　回）
痛み：なし・ある→いつから（　　月　　日～　　月　　日）部位（　　）
発疹：なし・ある→いつから（　　月　　日～　　月　　日）部位（　　）
その他の症状：いつから（　　月　　日～　　月　　日）

かかりつけ医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
今回の症状で：　受診をしている　・　受診をしていない
検査：　していない　・　した　（検査名：　　）
診断名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保育園・幼稚園・学校名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
家族や園、学校での流行状況：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先①：名前（　　）続柄（　　）電話番号（　　）
緊急連絡先②：名前（　　）続柄（　　）電話番号（　　）
お迎えの人：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
お迎え時間：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
食　事：　持参　・　提供
アレルギー　なし　・　ある（　　）
呼び名：＿＿＿＿＿＿＿＿
水分の取り方：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

好きな遊び：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

午睡の仕方：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保育室に伝えておきたいこと：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿