

病児保育問診票（下記からの記入をお願いします）

お名前 _____（ 歳 カ月） 愛称 _____

- ・今朝の食事 ☐摂取 ☐未摂取
- ・持参昼食とおやつ ☐無 ☐有
- ・食事形態 ☐幼児食 ☐離乳食（初期・中期・後期）
☐ミルク（ ml）
- ・食物アレルギーや除去してほしい食材 ☐無 ☐有（ ）
- ・持参している薬 ☐無 ☐有（シロップ・粉・解熱剤・目薬・軟膏）
- ・今朝の内服時間 ☐無 ☐有 _____ 時 _____ 分頃
- ・本日の0時以降最後に解熱剤を与えた時間 ☐無 ☐有 _____ 時 _____ 分頃
- ・吸入・吸引の希望 ☐希望 ☐希望しない
- ・熱性けいれんの既往歴 ☐無 ☐有 （最終 歳 カ月頃）
- ・伝えておきたい事 例：薬の内服を嫌がる、吸入吸引を怖がるなど…
（ ）

症状記入 体温 _____℃ 体重 _____kg
(測定後記入します)

迎えられる方
お迎え時間 _____（ ）
※12時～13時30分までの間はお迎えできません

※緊急連絡先 氏名（ ）電話番号（ ）

感染症には十分に気を付けていますが、感染しないという保証は出来ない事をご了承の上お子様を
お預け下さい。

☐同意します