

病児保育利用問診表

令和 年 月 日

フリナガ氏名	愛称 ()		男 ・ 女
生年月日	H・R 年 月 日 ()	歳 ヶ月)	
アレルギー	ない ・ ある ()		
食事制限	ない ・ ある (具体的に:)		
これまでにかかった主な感染症 ・ 病気 ~ かかった病気に○をつけてください~			
突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 喘息および気管支喘息 (継続治療中・悪化時治療のみ) アトピー性皮膚炎 熱性けいれん (回数 回・最後はいつ 年 月 日・坐薬の指示 有 無) その他 ()			
入院経験	ない ・ ある (歳 カ月 病名:) (歳 カ月 病名:)		
常時服用している薬	ない ・ ある (具体的に:)		
予防接種	三種混合	受けていない ・ 受けた (I期1回 2回 3回 I期追加)	
	四種混合	受けていない ・ 受けた (I期1回 2回 3回 I期追加)	
	ポリオ	受けていない ・ 受けた (I期 II期) (1回 2回 3回 4回)	
	BCG	受けていない ・ 受けた	
	MR(麻疹・風疹)	受けていない ・ 受けた (I期 II期)	
	ヒブ	受けていない ・ 受けた (接種月齢 : カ月 ・ 回数 : 回)	
	肺炎球菌	受けていない ・ 受けた (接種月齢 : カ月 ・ 回数 : 回)	
	日本脳炎	受けていない ・ 受けた (I期1回 2回 I期追加 II期)	
	B型肝炎	受けていない ・ 受けた (1回 2回 3回)	
	水ぼうそう	受けていない ・ 受けた	
	おたふく	受けていない ・ 受けた	
	ロタウイルス	受けていない ・ 受けた (回数 : 回)	
嘔吐・下痢等で脱水を認めた場合に「経口補水液OS-1」「イオンウォーター」を使用します。 経口補水液OS-1…200円 イオンウォーター…100円 費用がかかります			
* お子さんのために上記が必要です。承諾がなければお預かりできません。 承諾を します ・ しません			
保育中、症状が急変した場合、病院への搬送が必要なことがあります。その際は院長判断で行いますが、ご希望の医療施設がありましたら、以下よりお選びください。但し、状況により異なる対処をする場合があります。			
①徳山中央病院 ②光市立光総合病院 ③その他()			
その他	体質や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについてあれば具体的にお書き下さい。		