# 問　診　票

平成　　年　　月　　日

児　童　名（　　）

緊急連絡先（氏名　　TEL　　）

| | |
|---|---|
| 現在の症状 | 今回の病気の経過　　月　　日頃より発症　　体重（　　ｋｇ）<br>昨夜の熱（　　℃）　　今朝の熱（　　℃）<br>嘔吐（ あり・なし ）　昨日の嘔吐（　　回）　今朝の嘔吐（　　回）<br>便の状態（ 普通　　回・ 軟便　　回・ 下痢　　回 ）<br>□鼻水　□目ヤニ　□咳・くしゃみ　□喘鳴　□痰<br>□頭痛　□腹痛<br>□発疹（部位：　　）　□かゆみ（部位：　　）<br>□その他症状（　　） |
| 薬 | □今朝の内服薬　　時　　分<br>□今朝の吸入　　時　　分<br>□持参薬　内服薬（ あり・なし ）<br>外用薬（ あり・なし ）<br>□坐薬の使用（ あり　　時　　分挿入　・ なし ）<br>平熱（　　℃）　　坐薬（　　℃以上で使用 ・ 使用しない ） |
| 機　　嫌 | □良い　□普通　□悪い |
| 睡　　眠 | □よく眠った　　□眠っていない |

お子さまの日常生活で心配なことや保育士への連絡事項がありましたら
ご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| お迎えに来られる方（続柄） | （　　） | お迎え時間 | 時　　分 |