



入室時間診票

お子様氏名() 身長(cm) 体重(kg)

アレルギー 有() ・ 無

①今日どのような症状ですか？ 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 発疹

その他(具体的に) _____

②その症状はいつからですか？(詳しくご記入下さい)

③今回の症状で受診はしていますか？ はい ・ いいえ

受診日 月 日 病院名() 診断名()

行った検査:()

体温	今朝 ℃
坐薬・頓服の使用	有 (日 AM ・ PM 時) ・ 無 解熱剤 痙攣止め 吐き気止め 飲み薬の頓服
尿	今朝、尿は出ましたか？ はい ・ いいえ
便	今朝、便は出ましたか？ はい (普通便 ・ 軟便 ・ 下痢) ・ いいえ 下痢をしている場合ご記入下さい いつごろから() 回数(回) 色は？ 普通 ・ 白っぽい
咳	少ない ・ 多い ・ 無
鼻水	少ない ・ 多い ・ 無
嘔吐	有 (いつごろから？ 回) ・ 無
食事	今日の朝食 食欲有り ・ 食欲無し
朝服用分の薬	朝服用分のお薬は飲みましたか？ 飲んだ お薬の名前() ・ 飲んでいない
持参の薬	●粉薬()包 水薬()種 食前 ・ 食後 ●坐剤 ●目薬()種 ●塗り薬()種 いつ使用しますか？ _____
坐薬	園での発熱時坐薬の使用を希望しますか？(持参されていない場合別途料金が発生します) はい (℃以上) ・ いいえ 使用時電話連絡を希望しますか？ はい(母携帯 ・ 母職場 ・ 父携帯 ・ 父職場) ・ いいえ
診察・薬	提携医の診察・お薬の処方を希望しますか？(別途料金が発生します) はい ・ いいえ
食事	離乳食 (前期 ・ 中期 ・ 後期) ●ミルク()時に()cc

☆本日の緊急連絡先(TEL)母携帯 ・ 母職場 ・ 父携帯 ・ 父職場 ・ その他()

☆迎えに来る方 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他() お迎え時間 :

※お部屋割りのために喉・鼻腔などから検査をおこなうことがあります。また感染予防の為、嘔吐・下痢などで衣服が汚れた場合は洗わずにお返ししますのでご了承ください