

児童問診票(2日目以降)

丸子中央病院 病児保育センター

(ふりがな)		利用日	
名前		年 月 日 ()	
看護できない理由	勤務・傷病・その他()		
今日の連絡先	お名前: 父・母・その他() 電話番号: — —		
お迎え時間	午前・午後 時 分 父・母・その他() *お迎えの時間が変更となる場合はご連絡下さい		
体温	昨夜: °C (時頃)	今朝: °C (時頃)	
	解熱剤は使用しましたか	いいえ・はい 使用時の体温: °C 最後に使用した時間: 時	
表情や行動	顔色や表情はいつもと同じですか	はい・いいえ ()	
	昨夜は眠れていましたか	①よく眠れた②眠りが浅かった ③ほとんど眠っていない	
	②か③の場合はなぜですか	ぐずって・咳込みで その他()	
	眠たさはみられますか	はい・いいえ	
	朝食は食べましたか	普段通り・少なめ・全く食べない	
	水分はとれていますか	普段通り・少なめ・全く食べない	
病状	朝、排尿はありましたか	普段通り・多い・少ない・ない	
	排便の様子はどうですか	硬め・通常・柔らかめ・水様	
	嘔吐はありましたか	いいえ・はい 回数: 、最後に吐いた時間: 時	
	咳は出ますか	いいえ・はい	
	「はい」の場合、咳の様子はどうですか	痰がらみ咳・乾いた咳・ケンケンした咳 ゼイゼイ・ヒューヒュー	
	痛みの訴えはありますか	いいえ・はい (部位:)	
	発疹はありますか	いいえ・はい (部位:)	
	けいれんはありましたか	いいえ・はい (時頃) 座薬の使用 有・無	
保育スタッフへ伝えたいことがあればご記入下さい			