

病状連絡票 (問診票)

年 月 日

お子様のお名前		男・女	生年月日	年 月 日	体重	kg
記入者名		本日の緊急連絡先	携帯・職場	TEL:	(母・父)	
保育園・学校名		お住まい	大阪市 () 区)・市外 () 市)			

食事形態 普通食(病児食) ・後期食(1歳以上は軟飯) ・中期食(1歳以上は七分粥) ・初期食 ・離乳食未

食物アレルギー	無	<input type="checkbox"/> 卵 完全除去 ・ つなぎ可 ・ マヨネーズ除去 <input type="checkbox"/> 牛乳、乳製品 完全除去 ・ つなぎ可 <input type="checkbox"/> 小麦 小麦完全除去(しょうゆ可) <input type="checkbox"/> 大豆 大豆完全除去(みそ、しょうゆ可) <input type="checkbox"/> その他 そば ・ ピーナッツ ・ ゴマ ()
	有	※エピペンを所持していますか? はい ・ いいえ

☆未摂取・避けてほしい食品があればご記入下さい。※そば・ピーナッツは提供しません ()

★熱性けいれんの既往について 有 ・ 無 計 回 ・ けいれん止めの指示 有 ・ 無 °C以上 / 最終発作 年 月 (歳頃)

今回の症状についてお書きください。

現在までの治療は? <input type="checkbox"/> 外来治療を受けた(本院・他院:) 診断名() <input type="checkbox"/> 入院治療を受けていた(本院・他院:) <input type="checkbox"/> 治療を受けていない	昨日はどのように過ごしていましたか? <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に通っていた <input type="checkbox"/> 病児保育室を利用していた (本院・他施設:)
--	---

症状は?	熱	無 ・ 有・・・いつから 月 日から 最高 月 日 時頃 °C 今朝の体温 °C
	咳	無 ・ 少し ・ 多い 月 日～
	鼻汁	無 ・ 少し ・ 多い 月 日～
	嘔吐	無 ・ 有 (1日/ 回) 月 日～
	排泄	最終排便 月 日 便性() 最終排尿 月 日 時間(:)
	食欲	有 ・ 無 朝食(食べた ・ 食べていない) 水分摂取(摂れている ・ 摂れていない) 普段のミルク(1日 回 ・ 1回量 cc) 朝ミルク(時間 : 量 cc)
	機嫌	良い ・ 悪い
	発疹	無 ・ 有 (どこに:) 月 日～
睡眠	眠れている ・ 眠れていない()	
その他の症状	月 日～	

☆昨日から今朝までの症状は... (改善している ・ かわらない ・ 悪化している)

冬季のみ記載 : インフルエンザワクチン接種について 未接種 / 注射(回) / フルミスト

お薬	持参の薬	無 ・ 有 (本院・他院) 1日2回分 ・ 1日3回分
	朝の薬	飲んだ ※時間(:) ・ 飲んでいない(飲み忘れ ・ その他())
	吸入治療	無 ・ 有 (月 日 AM・PM :)
	解熱剤	未使用 ・ 使用 (月 日 AM・PM :) 使用時体温 °C ※施設で使用する場合は、お子さまの体温、活気や機嫌、食欲、睡眠などから判断させていただきます 解熱剤の意向(あり ・ 施設に委ねる) 解熱剤使用の連絡(必要 ・ 退室時で可) 意向がある場合は下記にご記入ください ()

○お迎えはどなたですか? フリガナ 母・父 / 祖母・祖父 氏名()
 ファミリーサポート () さん、 時 分まで預ける)

○お迎えの時間 ※延長保育料の取り消しは13時までです
 延長なし (時 分まで) 17:00までにお越しください
 延長あり 17:30まで 18:00まで ※予定より早まる場合は事前に連絡ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか はい いいえ
 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算(1点)