

# お迎えサービス付病児保育用電話仮問診票

電話受付日時 令和 年 月 日( 曜日)( 時 分) 受付者名: \_\_\_\_\_

(事前登録番号 \_\_\_\_\_) お迎え予定時間( 時 分)

ふりがな					
氏名	(男・女)				
生年月日	平成・令和	年	月	日(満	歳)体重 kg
今の症状	①発熱 (あり・なし) いつから 月 日 時頃 度 分	②咳 (あり:ゼイゼイ、声枯れ・なし) いつから 月 日 時頃			
	③嘔吐 (あり・なし) いつから 月 日 時頃 回数 回	④腹痛 (あり・なし) いつから 月 日 時頃			
	⑤下痢 (あり・なし) いつから 月 日 時頃 回数 回	⑥その他 (あり・なし) いつから 月 日 時頃			
	・鼻水・鼻詰まり・のどの痛み・頭痛・発疹(部位 _____)・湿疹(部位 _____) 上記の症状はいつごろからですか?( _____ )				
普段の様子	食欲は?(ある・ない) 機嫌は?(よい・わるい) 排尿は?(ある・ない) 排便は?(ある・ない)				
預かり不可能 状態確認	①意識混濁 (あり・なし)	②痙攣後48時間以内(あり・なし)			
	③経口摂取不可 (可・不可)	④嘔吐・下痢により 激しい脱水 (あり・なし)			
今飲んでいる薬	あり(薬の名前 _____) ・なし				
お薬の希望	シロップ・粉・錠剤	ジェネリック希望		あり・なし	
既往歴等	①食物アレルギー(食物名 _____) ・なし				
	②食事内容(普・離)(飯・ミックス・粥)(ミルク _____)				
	③薬アレルギー(薬品名 _____) ・なし				
	④熱性けいれん(最終発症日時 年 月 日 回目) ・なし				
	⑤1ヶ月以内にうけた予防接種 月 日頃( _____)				
	⑥その他( _____)				
看護師 保育士 所見	お迎えサービス保育の受入 (可・不可)				

保育園等 名称・住所	保育園 認定こども園	宇都宮市	町	番地
電話番号	( _____ )			

ふりがな				
保護者氏名				
携帯番号				

勤務先名				
住所	宇都宮市	町	番地	
電話番号	( _____ )			内線( _____ )