

調布市病児・病後児保育事業 入室申込書兼問診票

年 月 日

児童氏名		生年月日	年	月	日	男・女	
住 所	調布市	☎	()				
通園・通学施設名		☎	()				
家庭での様子等	体調 (いつからどのような状態ですか)						
	体温	月	日	時	分	度 (平熱 度)	
	食欲	旺盛・普通・小食・食欲なし		鼻	鼻水・くしゃみ・鼻づまり		
	便	普通便	回	軟便	回	下痢便	回
	皮膚の様子						
	咳 (せき)	無・有 (いつも・時々・入眠時・起床時) どの様なせき?					
通院している場合	病名	(保護者は記入しないでください)		いつから	月	日から通院	
	投薬を受けていますか	いない	・	いる (食前・食後・食間	時間毎)		
かかりつけ医療機関		☎	()				
緊急連絡先	保護者等氏名 (続柄): () 携帯番号☎ ()						
	勤務先名 _____ 勤務先電話番号☎ ()						
	保護者等氏名 (続柄): () 携帯番号☎ ()						
	勤務先名 _____ 勤務先電話番号☎ ()						
病 歴	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ), 風しん (三日はしか), 百日咳, 癩癧 (てんかん), 熱性痙攣, 水痘 (みずぼうそう), 麻しん (はしか), その他 _____						
予 防 接 種	ロタウイルス、ヒブ、肺炎球菌、B型肝炎、四種混合、BCG、麻しん・風しん、水痘、流行性耳下腺炎、日本脳炎、二種混合、インフルエンザ、その他 _____						
その他の注意事項 (特異体質, アレルギー, かかりやすい病気等)							
連絡事項 (お迎えの時間, お迎えに来られる方の氏名等)							