

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 で ℃ (平 熱 ℃)						
	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, 便秘 (いつから)						
	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	突発性発疹, おたふくかぜ, 風しん, 百日咳, てんかん, 熱性痙攣, 水痘, 麻しん, 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, 五種混合, BCG, 麻しん・風しん, 水痘, おたふくかぜ, 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)								