



おはなほいくえん 問診票

入室時間（スタッフ記入）： 時 分

年 月 日（利用 日目）	こども氏名：
お迎え時間	時 分 ※ お迎えに来る方が変更になる場合や時間が前後する場合は必ずご連絡ください
	お迎えに来る方（名前： 生年月日： ） ※お子さまの安全な引き渡しのためお名前と生年月日をお伺いします
緊急連絡先	①（続柄） ②（続柄）
明日のご利用	無 ・ 有（利用時間： 時 分～ 時 分）
アレルギー	無 ・ 有（ ）
既往歴	継続して治療中の病気はありますか？ はい（ ）・いいえ
熱性けいれん	無 ・ 有（ 歳 回） ※けいれん予防坐薬の使用 無 ・ 有（ 月 日 時）
主な症状	
前日の体温	最高 °C（ 時 分）
今朝の体温	°C（ 時 分）
解熱剤の使用	無 ・ 有（ 時 分）
朝の薬	飲んだ ・ 飲んでいない
睡眠時間	時 分 ～ 時 分 よく眠れましたか？ はい ・ いいえ
お昼寝	午前中、お昼寝はしますか？ はい（ 分くらい）・ いいえ
	お昼寝の時の寝具は？ 布団 ・ ベビーラック
朝食	食べた物：
	飲み物：水（ ml） お茶（ ml） 牛乳（ ml） その他（ ） ミルク（ ml） 最終哺乳（ 時 分）
食欲	普段と比べて 普通 ・ 半分 ・ 少量 ・ 食べられず
給食の希望	普通食 ・ 病児食（うどん） 離乳食（中期 ・ 後期 ・ 完了期） ・ ミルク（ ）
	食事のことで伝えておきたいこと（例：乳製品や揚げ物は控えてほしい、好き嫌いが多い等）
排尿	今朝 無 ・ 有
排便	最終 月 日 時
	性状：普通便 ・ 硬便 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 回数： 回/日
排泄の状況	トイレ ・ オムツ（ 終日 ・ お昼寝の時のみ）
スタッフに伝えておきたいこと	