

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	°C (平熱 °C)		
	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）