

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）