

病児病後児問診票

神栖済生会病院 病児・病後児室

年 月 日 氏名

該当する項目に○をつけて下さい		
	いつから	症状
熱	／ (朝・昼・夜)	解熱剤の使用 無・有 → 最終 (日 :)
咳	／	痰が絡む・から咳・ゼー音・夜目が覚める 横になって眠れている・咳込みにて嘔吐
鼻づまり	／	さらさら・ねばねば・奥でつまっている(無・有) 無色・黄緑色
痛み	／	有 無 (部位:)
嘔吐	／ (朝・昼・夜)	1日 回 最終 (:) その後の水分補給 (:)
排尿		いつもどおり・少ない
排便	／ (朝・昼・夜)	1日 回 (水様・泥様・軟便) 色: クリーム色・茶色・その他 ()
		本日の排便: 無・有 (回) 普通の排便: 毎日・日に 回・ゆるめ・硬め
発疹	／ (朝・昼・夜)	痒み: 無・有 部位: 頭・顔・胸・腹・背中・手・足・関節・その他 ()
睡眠	／	眠れた・時々起きた・眠れてない
けいれん		無・有: 初回 (歳 ヶ月) 最終 (歳 ヶ月)
アレルギー		無・有: <食品> 卵・乳・小麦・大豆・その他 () <お薬> <その他> その他アレルギーについて保育中に留意することがあれば教えてください。
薬の飲ませ方		そのまま・水で溶いて・ゼリーなどで・その他 ()