

病児・病後児 入室確認事項書

入室 日目

1. 今回の発病はいつ頃から？

月 日 (朝・昼・夕方・夜) 頃から

2. 処方薬 : ある ・ ない

診療日 : 月 日

病状 :

医療機関名 : _____

3. 子どもさんの症状について

症 状	昨日の様子	症状についての補足
発 熱	ある (_____ °C) ・ ない	どのような状態かなど 夜中～今朝までの体温 : _____ °C
嘔 吐	ある (_____ 回) 最終時間 (_____ 時) ・ ない	
むかつき	ある ・ ない	
下 痢	軟便 ・ 泥状便 ・ 水よう便 ・ ない	最終排便 (_____ / _____)
腹 痛	ある (部位 _____) ・ ない	朝食時間 : _____ (<u>しっかり</u> ・ 普通 ・ 少ない)
発 疹	ある (部位 _____) ・ ない	
せ き	無し ・ 少し ・ やや多い ・ 多い	
鼻みず	無し ・ 少し ・ やや多い ・ 多い	
食 欲	ある ・ ふつう ・ ない	睡眠時間 : _____ (<u>ぐっすり</u> ・ 普通 ・ 短い)
機 嫌	悪い ・ ふつう ・ 良い	
薬を飲んだ時間	利用当日朝の内服 _____ 時 _____ 分ごろ	
解熱剤を使った時間	最終 _____ 時 _____ 分ごろ	
入室時の体温	_____ °C	熱性けいれん: なし・あり (_____ 歳の時)

4. 食物アレルギーはありますか? ない ・ ある

・アレルギー除去食対応 : ない ・ ある _____

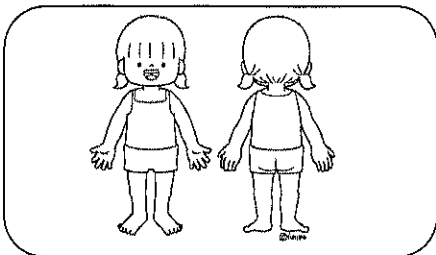
・給食: 必要 (普通給食・うどん対応) ・ 不要 _____ ・牛乳: 飲める ・ 飲めない

5. 薬の確認 薬物過敏やアレルギーはありますか? ない ・ ある _____

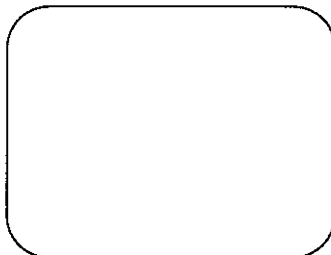
6. 予薬依頼内容・・・ () 内に薬品名を記入してください。

薬の形状	<input type="checkbox"/> 粉薬 (_____)	<input type="checkbox"/> 錠剤 (_____)	<input type="checkbox"/> 点眼 (_____)
	<input type="checkbox"/> シロップ (_____)	<input type="checkbox"/> 座薬 (_____)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
服用する時間帯	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後 (<input type="checkbox"/> すぐ <input type="checkbox"/> _____ 分後)	
	<input type="checkbox"/> 食間	<input type="checkbox"/> その他	投薬者 印

7. 状態のチェック (ケガなど)



8. その他 (注意事項など)



9. 本日のお迎え時間: _____ 時 _____ 分

10. どなたがお迎えに来られますか?

: _____

11. 明日以降の予約: _____

受入担当者: _____