

西の台こどもデイケアルームゆふ利用登録用紙

今年度登録日／

年 月 日

初年度登録日／

年 月 日

児 童 氏 名 (ふりがな)		愛 称	性 別 男・女	生 年 月 日 年 月 日 (歳 ヶ月)
自宅住所 (〒 -)		() -		
		() -		
児童の兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)	歳(男・女)
通園通学施設名	()市・区・町・村()		保育園・幼稚園・小学校	
かかりつけ医	医療機関() 医 師()			
氏 名	続 柄	勤務先	携帯電話	
		() -		
氏 名	続 柄	勤務先	携帯電話	
		() -		
氏 名	続 柄	勤務先	携帯電話	
		() -		
三種混合	受けていない・受けた(1期1回・2回・3回・1期追加)			
四種混合	受けていない・受けた(1期1回・2回・3回・1期追加)			
不活化ポリオ	受けていない・受けた(初回1回・2回・3回・追加)			
BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)	
MR(Ⅰ・Ⅱ)	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
水ぼうそう	受けていない・受けた	小児肺炎球菌	受けていない・受けた	
ヒブワクチン	受けていない・受けた			
これまでにかった主な感染症やその他の病気 - かったものに○をつけてください。 ① 突発性湿疹 ② はしか ③ 風 疹 ④ 水ぼうそう ⑤ おたふくかぜ ⑥ 熱性けいれん(回数 回・最後はいつ? 年 月 日)(坐薬の指示 有・無) ⑦ 喘息・喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時のみ治療) ⑧ アトピー性皮膚炎 ⑨ その他()				
アレルギーがあるお子さまのみ具体的にお書きください。 (食 品) (その他)				
体質やくせ、心配なこと、配慮してほしいことについてお書きください。				

西の台こどもデイケアルームゆふ利用連絡用紙

ご利用児名() (利用年月日) 年 月 日
(生年月日) 年 月 日 歳 ヶ月

緊急時の連絡先() お迎えの方と時間 () が() 時

(1) いつからどんな症状がありますか？

[

]

(2) アレルギーについて

○ アレルギーはありますか？(はい・いいえ) (食品・薬・その他)

○ なんのアレルギーですか？()

(3) 昼食・おやつについて

○ 昼食(予約・持参) おやつ(予約・持参) (普・軟・離・ミルク)

(4) 持ち物について 【持ち物には必ず記名をお願いします。】

○ 申請書・母子手帳・保険証・子ども医療費受給資格者証・手持ちのお薬・お薬手帳(お薬の説明の紙)・オムツ・お尻拭き・着替え3組以上・汚れ物入れ・ミルク・哺乳瓶(2~3本)・お気に入りのタオルや玩具があればお持ちください。

☆キャンセルの場合は当日8時半までに必ずご連絡ください☆

電話 090-3734-4228

	診察券	保険証	子ども医療証	お薬手帳	お薬	坐薬	申請書	母子手帳	日誌
預かった人 ()									
返した人 ()									

(1) 内服・受診について

○ 今回の病気で受診はされましたか？(はい・いいえ) () 病院() 月 日)

○ 病名は()

○ 朝はお薬を飲んでいますか？(はい・いいえ) お薬は残っていますか？(はい・いいえ)

○ お薬はいりますか？(はい・いいえ)

○ お屋のお薬は持参していますか？(はい・いいえ・1日2回) 忘れた方は1回分出しますか？(はい・いいえ)

○ 熱さましは持参していますか？(はい・いいえ) 追加は必要ですか？(はい・いいえ)

○ 痙攣をおこしたことはありますか？(はい・いいえ) () 回 最後はいつですか？() 年 月 日)

坐薬の指示はありますか？(はい・いいえ) 指示ありの方は坐薬名と熱を() () °C

(2) 体調について

○ 体温・昨夜() 時() °C ・今朝() 時() °C 坐薬の使用(有・無)() 時

○ 食欲はありますか？(はい・少なめ) 食べた物…昨夜() 今朝()

○ 便() 回 (硬・普・軟・泥・水) 最後に出たのはいつですか？()

○ 嘔吐() 回 (吐き気があって・咳き込んで) 吐き気止めは使用していますか？(はい・いいえ)

○ 排尿(多・普・少) 日中は普段何回くらい排尿がありますか？() 回

○ 咳・鼻水・頭痛・腹痛はありますか？(咳・鼻水・頭痛・腹痛)

(3) 入室中の診察について

○ 入室中に必ず医師の診察があります。医師が処置(採血・レントゲン・インフルエンザ等のウイルス検査)などが必要と判断されたときは、おこなうことを同意されますか？

(同意する・同意しない) サイン()

○ 処置を行う場合連絡はした方がよろしいですか？(処置の前に連絡がほしい・お迎えの時に説明でいい)

¥

	保育料(a)	1,400円
	保育料(b)	3,000円
	昼食代	500円
	おやつ代	100円

デイリープログラム

	乳 児	幼 児
8:30	入室 保護者の申し送り 検温・視診 診察 おむつ交換	入室 保護者の申し送り 検温・視診 診察
9:30	おやつ 室内あそび	手洗い おやつ 室内あそび
11:00	おむつ交換 離乳食・ミルク・昼食 与薬	
11:30	絵本 ↑ 検温 午睡 ↓	手洗い 昼食 与薬 絵本 検温 ↑ 午睡 ↓
12:00		診察
14:30	おむつ交換 診察	
15:00	離乳食・ミルク・おやつ 室内あそび	手洗い おやつ 室内あそび
16:00	検温 おむつ交換	検温
16:30	保護者への申し送り	保護者への申し送り
17:30	退室	退室
	※排泄後すぐに交換	※排泄は食前、午睡前は誘導



小児科問診票

平成 年 月 日

氏名 () (男・女) (歳 ヶ月)

下記の項目につきましてお答えください。

(1) 本日受診されたのは

- ① どのような症状がありますか？ _____
 ② いつ頃からですか？ _____
 ③ 今回のことで他の医療機関で処方や検査を受けましたか？ _____
 ④ その他にご心配なことがありますか？ _____

(2) 近所で流行している病気がありますか？ _____

(3) 生まれる前後のことについてお聞きしますが？

- ① 妊娠中に問題になるようなことはありませんでしたか？ _____
 ② 生まれた時の体重は？ _____ g ③ 何週で生まれましたか？ _____ 週
 ④ お産の方法は？ (自然分娩・吸引分娩・帝王切開) (満期産40週)
 異常はありませんでしたか？ (仮死・黄疸・発熱・ひきつけ・哺乳困難・その他)
 ⑤ お産をされた医療機関は？ _____

(4) 発達についてお聞きしますが？

- ① 首座り (ヶ月) ② 寝返り (ヶ月) ③ おすわり (ヶ月)
 ④ ハイハイ (ヶ月) ⑤ つかまり立ち (ヶ月) ⑥ つたい歩き (ヶ月)
 ⑦ ひとり歩き (ヶ月) ⑧ 意味のある言葉 (ヶ月)

(5) 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・突発性発疹・百日咳・喘息・川崎病・ひきつけ
 また、今までに入院されたことがありますか？ (ある・ない)

(6) 予防接種で済まされたものには○をつけてください。

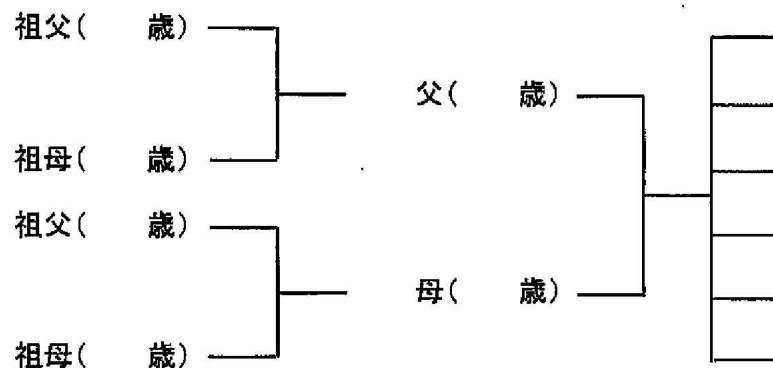
BCG・ポリオ・不活化ポリオ・三種混合・四種混合・MR (麻疹、風疹混合) (I・II)・
 MMR (麻疹・風疹・おたふく)・日本脳炎・水痘・おたふくかぜ・ヒブワクチン・
 肺炎球菌ワクチン・インフルエンザ

(7) 今までに薬を使用して異常はありませんでしたか？ (なし・あり)

(8) 食物のアレルギーがありますか？ (なし・あり)

(9) 家族構成について

本人の兄弟・姉妹



体温	°C	身長	cm
体重	kg		

除 去 食 依 頼 書

平成 年 月 日

保 護 者 名

児 童 名

男 ・ 女 年 月 日生

除去食を指示された医療機関名：

医療機関の電話番号：

担当医名：

除去食を必要とした病名：

具体的な症状：

除去食を開始した時期：平成 年 月から

医師より指示された除去する食品は何ですか。○をつけてください。

卵（要・不要） 生卵（ ） ・ 卵を用いた料理（ ） ・ 卵を用いた菓子（ ）

つなぎに卵を用いた食品（ ） ・ 鶏肉（ ）

牛乳（要・不要） 牛乳（ ） ・ 乳製品（ ） ・ 牛乳や脱脂粉乳を用いた料理（ ）

牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子・食品（ ）

大豆（要・不要） 大豆油（ ） ・ 大豆油を使用した食品（ ） ・ 大豆製品（ ）

大豆加工品（ ） ・ 豆類一般（ ）

その他の食品で除去するものを記入して下さい。