

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

診療日: 月 日

病 状:

医療機関名: _____

2. 処 方 薬 : ある ・ ない

3. 子どもの症状について

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
嘔 吐	ある (回) 最終時間 (時) ・ ない	夜中～今朝までの体温: _____ °C
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	
発 疹	ある (部位) ・ ない	朝食時間: _____ (しっかり・普通・少ない)
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	睡眠時間: _____ (ぐっすり・普通・短い)
食 欲	ある ・ ふつう ・ ない	
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 _____

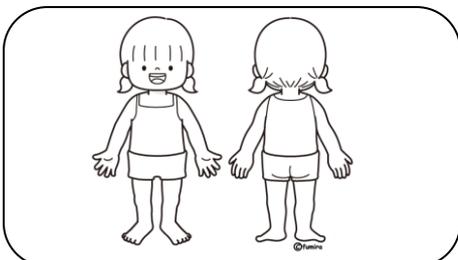
・給 食: 必 要 (普通給食・うどん対応) ・ 不 要 ・牛 乳: 飲める ・ 飲めない

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: _____