

# 病児保育 面談用紙

面談日 令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
通園している園	無 ・ 有 ( )
自宅住所	〒
既往歴・基礎疾患 ※過去にかかった大きな病気などがあれば記載してください	
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒有の場合 これまでの回数 ( ) 回 初回年齢 ( 歳 ヶ月) 最後に起きた時 ( 歳 ヶ月)
アレルギー	無・有 ( ) ⇒有の場合 (症状: ) アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか? ⇒無 ・ 有
ぜんそく	無・有 (発作時の対応: )
予防接種歴	B型肝炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日) 3回 ( 年 月 日)
	Hib <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日) 3回 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加 ( 年 月 日)
	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日) 3回 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加 ( 年 月 日)
	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1価 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 5価 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日)
	四種混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日) 3回 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加 ( 年 月 日)
	五種混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日) 3回 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加 ( 年 月 日)
	BCG <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済 ( 年 月 日)
	MR (麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1期 ( 年 月 日) 2期 ( 年 月 日)
	水痘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日)
	おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1回 ( 年 月 日) 2回 ( 年 月 日)
薬	常用している薬 (内服薬・塗り薬・吸入薬) などがあれば、具体的にお書きください。
薬の飲ませ方	そのまま・水やお茶に溶かす・スポイトやスプーンを使用・その他 ( )
食事やおやつで 注意すること 好きな遊び おもちゃ、絵本等	