

病児保育室バンビ 問診票

※太枠内をご記入ください

年 月 日

児童氏名	フリカナ	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳 力月)	
保護者	氏名： (続柄：)	連絡先
	氏名： (続柄：)	連絡先
	氏名： (続柄：)	連絡先
住所		
通園・通学 施設名		※認可外保育施設等に通園している子 認定区分 (号)
出生時の異常	なし ・ あり ()	
アレルギー	なし ・ あり (原因物質：)	
熱性けいれん	なし ・ あり (回) ⇨	最後は(歳 力月) 座薬の指示/使用体温 無・有 (°C)
基礎疾患 <small>定期通院している疾患</small>	なし ・ あり ()	
入院・手術歴	なし ・ あり ()	
既往歴 <small>※○をつける</small>	・麻しん(はしか) ・風疹 ・流行性耳下腺炎(おたふく) ・水痘 ・百日咳 ・B型肝炎 ・その他：	
その他	くせ、心配なこと、発達上気になること、配慮してほしいこと	

予防接種歴	・MR(麻疹・風疹・混合)	1回目	2回目
	・水痘(みずぼうそう)	1回目	2回目
	・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	1回目	2回目