

幼 児 ・ 児 童 状 況 調 査 票

平成 年 月 日現在 かかりつけ医療機関名：

氏名			生年月日	平成 年 月 日生	性別	男 ・ 女		
今回の病気の状況について	診断名 (病名)				発病 月 日	月 日~		
	現在の症状	体温 ( ) 平熱		発疹の有無	有 ( 部位 : ) ・ 無			
	下痢の有無	有 ・ 無	便の性状	普通便 ・ 軟便 ・ 水様	回 数	1日 ( 回 ) 位		
	嘔吐の有無	有 ・ 無	回数	1日に ( 1 ~ 2回 ・ 頻回 )		昨日の回数	回	
	腹痛の有無	有 ・ 無	頭痛の有無	有 ・ 無	咳	有 ・ 無	鼻水	有 ・ 無
	その他の症状 ( 詳細にお書きください ) 食欲、機嫌等							
	薬の状況	処方薬の有無	有 ( 内服 ・ 塗布 ・ 座薬 ) ・ 無		市販薬使用の有無	有 ・ 無		
	薬の使用がある場合は使用方法を詳細にお書きください。 <内服薬> 頓服薬の有無： 有 ・ 無 有の場合 どのようなときに使用しますか？ ( ) 最低空ける時間は？ ( 時間 )							
	<座薬> どのような時に使用するか？ :( ) 最低空ける時間は？ ( 時間 )							
	<塗布薬> いつ、どの部位に塗るのですか？ :( )							
日常生活状況	アレルギーの有無	有 ( ) ・ 無						
	食事の状況	母乳	時間が決まっている場合 :( ) 時間毎 または、 回/日					
		ミルク	時間が決まっている場合 :( ) 時間毎 または、 回/日 1回につき ( CC )					
		離乳食	初期 ・ 中期 ・ 後期 ( 回/日 )					
		普通食	：	軟食	：	流動食		
	睡眠時間	時間/日位		昼寝の有無： <有 ( 時間 ) ・ 無 >				
運動の様子	首がすわっている ・ 寝返りする ・ 自力で座れる ・ はう ・ 立つ 伝い歩きする ・ 歩行自由 ・							
排泄の様子	オムツ ( 教える ・ 教えない ) ・ トレーニングパンツ ・ 自立							