**調査票**

　名前　　　　　　　　年齢　　歳　　ヶ月　　　　血液型

１　今までかかった病気はありますか？

ＹＥＳ・ＮＯ

それはどんな病気ですか？先天性の病気も含む

（　　　　　　　　　　　　　）

２　入院したことはありますか？

ＹＥＳ・ＮＯ

それはどんな病気で入院しましたか？

（　　　　　　　　　　　　　）

３　手術をしたことはありますか？

ＹＥＳ・ＮＯ

それはどんな手術でしたか？

（　　　　　　　　　　　　　）

４　現在病院にかかっていますか？

ＹＥＳ・ＮＯ

それはどんな症状で、いつからかかっていますか？

（　　　年　　　月より　）

（　　　　　　　　　　　　　）

５　定期的に飲んでいる薬はありますか？

ＹＥＳ・ＮＯ

それはどんな薬ですか？

薬の名前を記入

（　　　　　　　　　　　　　）

６　今飲んでいる薬はありますか？

ＹＥＳ・ＮＯ

それはどんな薬ですか？

薬の名前を記入

（　　　　　　　　　　　　　）

７　アレルギーはありますか？

ＹＥＳ・ＮＯ

それはどんなアレルギーですか？（食物・薬剤も含む）

（　　　　　　　　　　　　　）

８　体調不良・病後児にお預かりした時、どのような場合連絡がほしいですか？

例）　昼に１回状態を連絡欲しい等

（　　　　　　　　　　　　　）

９　その他配慮してほしいことがあれば記入してください。

（　　　　　　　　　　　　　）

ご協力ありがとうございました。