短期入所利用者問診票

2階　楽短期入所へ提出してください。

カルテNo.（　　）

氏名（　　様）　男・女　昭・平・令　年　月　日

平熱（　　℃位）　今の体温（　　℃）

最終排便（　　）

2023年4月1日改定

1.本日の体調で、あてはまるものがあれば〇をしてください。　ある　ない

※どのような症状ですか

せき　鼻汁　くしゃみ　頭痛　腹痛嘔吐　下痢　便秘　眼充血　眼脂

その他（　　）

2.体に湿疹（赤いぶつぶつや、かさかさ）がありますか。　はい　いいえ

※どこに、どのようにできていますか

［　　］

3.最近、1か月以内に病気にかかりましたか　はい　いいえ

※病名

［　　］

4.最近、1か月以内に家族や学校のクラス、日中活動の仲間に以下の病気の方がいましたか

はい　いいえ

はしか　風疹　水ぼうそう　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　インフルエンザ　コロナ

※それはいつ頃のことですか。わかる範囲でお書きください

［　　］

5.今期インフルエンザ予防接種を受けましたか　はい　いいえ

※最終ワクチン接種：　年　月　日

6.コロナ予防接種を受けましたか　はい　いいえ

※最終ワクチン接種：　年　月　日　（　回目）

★入所期間中に院内感染が発生した場合、感染対策へのご協力をお願いいたします。

西多摩療育支援センター　楽短期入所事業

個人情報につきましては適正に管理を行い、活動終了後この用紙は破棄いたします