

部屋割り表(母親と乳児)

受付No. _____

1

入所された方の治療処置や対応を効率的に行うための質問です
入所者票と名札(母子同じ物2枚)にも記入し、受付にお持ちください
上の兄弟同伴ならその子の分をそれぞれ用紙 1-②と名札にも記入してください

(月 日 時 分)

母親氏名	
乳児氏名	

① どこかにケガをしていますか？

母親

いいえ

はい

それはどこですか？

乳児

いい

はい

② 発熱、咳、嘔吐、下痢などの症状がありますか？

○をつけてください

母親

いい

はい

発熱 咳 鼻水
吐き気 嘔吐 下痢
発熱と同時期に出た湿疹
その他の気になる症状

乳児

いい

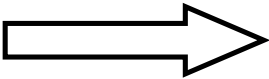
はい

発熱 咳 鼻水
吐き気 嘔吐 下痢
発熱と同時期に出た湿疹
その他の気になる症状

③ 発熱・乳房痛・しこりなどの乳腺炎様の症状ありますか？

いいえ

はい

② に **はい** がついている方  D 室

それ以外の方  A 室

けがの治療は医師が到着次第順次お呼びしますので部屋でお待ちください

リスク表 (母親)

受付No. _____ 室

4

* 万一の緊急対応に必要な質問です。該当する欄に○をつけてください。

母親の氏名

今回の妊娠中の検査結果と産後のことについてについてお答えください

(検査項目)	(正常)	(不明)	(経過観察中)	(治療中)	備考
B型肝炎	なし	不明	あり・治療無	治療中	
C型肝炎	なし	不明	あり・治療無	治療中	
HIV	なし	不明	あり・治療無	治療中	
梅毒	なし	不明	あり・治療無	治療中	
淋病	なし	不明	あり・治療無	治療中	
ヘルペス	なし	不明	あり・治療無	治療中	
HTLV	なし	不明	あり	母乳哺育予定	無・()か月まで
風疹抗体	32倍以上	不明	16倍以下	ワクチン接種	未・済
貧血	なし	不明	あり・治療無	服薬中	服薬終了
甲状腺機能異常	なし	不明	あり・治療無	服薬中	亢進症・低下症
糖尿病	なし	不明	あり・服薬無	インスリン治療中	
気管支喘息	なし	不明	あり・服薬無	服薬中	
てんかん	なし	不明	あり・服薬無	服薬中	
慢性腎臓病	なし	不明	あり・服薬無	服薬中	病名
精神疾患	なし	不明	あり・服薬無	服薬中	病名
心臓病	なし	不明	あり・服薬無	服薬中	病名
血液疾患	なし	不明	あり・服薬無	服薬中	病名
妊娠高血圧症候群	なし	不明	あり・治療無	服薬中	
むくみ	なし	不明	時々ある	いつもある	
尿蛋白	なし	不明	時々陽性	いつも陽性	
妊娠中 産後のうつ症状	なし	不明	あり・治療無	通院・服薬中	

* 記憶がはっきりしないものは「不明」の欄に○をつけておいてください。

情報書 (母親)

受付No. _____ 室

2

母親氏名	ふりがな	今回の出産 初めて 2回目 ()回目
生年月日	年 月 日 才	血液型 型 RH()
今回の出産年月日	年 月 日	出産週数 週 日
今回の赤ちゃんの数	ひとり 双子 他()	(普通・鉗子・吸引)分娩・帝王切開
かかりつけの医療機関		保険証 (持参・紛失・自宅)
アレルギー	無・有()	
今までにかかった病気	無・有()	
治療中の病気	無・有()	
服用中の薬	無・有() 持参 無・有	
家族の所在 連絡先 () * 家族全員を記入 * 一緒に入所する お子さんに丸印	夫	自宅 勤務場所 親戚・知人宅 () 避難所 他() 不明
	子供 男女 才	自宅 親戚・知人宅 () 避難所 他() 不明
	子供 男女 才	自宅 親戚・知人宅 () 避難所 他() 不明
	() 男女 才	自宅 親戚・知人宅 () 避難所 他() 不明
	() 男女 才	自宅 勤務場所 親戚・知人宅 () 避難所 他() 不明
	() 男女 才	自宅 勤務場所 親戚・知人宅 () 避難所 他() 不明
	() 男女 才	自宅 勤務場所 親戚・知人宅 () 避難所 他() 不明
* 今困っていること		
(備考)		

母親氏名			第()子	
子供の氏名	ふりがな	血液型	型 RH()	
出生年月日	年 月 日	出生体重	g	
最近の計測	身長 cm	体重 g	母子手帳 (持参・紛失・自宅)	
子のかかりつけの医療機関			保険証 (持参・紛失・自宅)	
妊娠中から出生後のお子さんの異常	無・有 ()			
アレルギー	無・有 () 除去食 (している・していない)			
今までにかかった病気	突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 感染性胃腸炎 手足口病 伝染性赤班(リンゴ病) その他			
治療中の病気	無・有 ()			
服用中の薬	無・有 () 持参 無・有			
医師から注意されていること	無・有 ()			
予防接種歴	<input type="checkbox"/> インフルエンザ b型(ヒブ)	回	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	回
	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> ポリオ(生)	回 (不活化) 回
	<input type="checkbox"/> 3種混合(DPT)	回	<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT+ポリオ)	回
	<input type="checkbox"/> ロタウィルス	回	<input type="checkbox"/> はしか風疹混合	回
	<input type="checkbox"/> みずぼうそう	回	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	回
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	回	<input type="checkbox"/> B型肝炎	回
	<input type="checkbox"/> その他			
主な栄養法	母乳 人工乳 離乳食 幼児食 その他()			
<p>今、お子さんのことで困っていること</p> <p>無・有</p> <p>()</p>				
備考				

部屋割り表 (きょうだい)

受付No. _____

1-②

入所されたお子さんの治療処置や対応を効率的に行うための質問です
記入したら、親子の用紙を一緒にして受付にお持ちください。
お母さんと同じ名札でお子さんの分を記入してください。

(月 日 時 分)

母親氏名	
児の氏名	

① どこかにケガをしていますか？

いい

はい

それはどこですか？

② 発熱、咳、嘔吐、下痢などの症状がありますか？

いいえ

はい

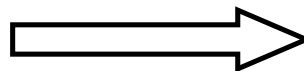
○をつけてください

発熱 咳 鼻水
吐き気 嘔吐 下痢
発熱と同時期に出た湿疹
その他の気になる症状

母子のどちらかでも

はい

がついている



D 室

それ以外のお子様はお母さんと共に **A** 室 でお待ちください

けがの治療は、医師が到着次第順次お呼びしますので部屋でお待ちください