

# 問診票

受診券番号(ID): \_\_\_\_\_ お子さんのお名前: \_\_\_\_\_

1. どんなことが心配で受診されましたか？

例：腹痛が続いている。検診で〇〇を指摘されたため。顔のあざを治してもらいたい。  
近くの病院から□□についてこども病院受診を勧められた。

2. かかりつけ医はありますか？ ☐ 無 ☐ 有（医療機関名: \_\_\_\_\_）

3. かかりつけ薬局はありますか？ ☐ 無 ☐ 有（薬局名: \_\_\_\_\_）

4. 今までにかかったことのある病気、治療を受けた病気について記入してください。

（風疹などのこどものウィルス疾患は後ほど記入していただきます。）

- ・喘息（ぜんそく）とてんかんについては下欄にその有無をチェックしてください。
- ・その他の病気（心臓の病気、腎臓病、糖尿病、アトピー性皮膚炎、斜視など）は病名を記入して、発症年齢、現在の状況を記入してください。

病 名	発症した年齢 または年月日	現在の状況
喘 息: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の時は右も記入）		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
てんかん: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の時は右も記入）		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明

以下の5～10まで、「有」の場合は詳しく記入してください。

5. 今までに手術を受けたことがありますか？ ☐ 無 ☐ 有

受けた事のある“手術名”と手術した時の“年齢又は手術した年月日”を全て記入して下さい。

・手術名: \_\_\_\_\_（ ）歳 又は 手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
・ \_\_\_\_\_

6. お薬に対するアレルギーはありますか？ ☐ 無 ☐ 有

アレルギー症状の出た“お薬の名前”と“出現した症状”を記入して下さい。

・薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_  
・薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

7. 食べ物に対するアレルギーはありますか？ ☐ 無 ☐ 有

「有」の方は、別紙「食物アレルギーチェック票」を記入して下さい。

8. 治療薬などの関係から医師から制限されている食品はありますか？ ☐ 無 ☐ 有

制限されている“食物の名前”と“その理由”を記入して下さい。（例：納豆（ワーファリンを内服中）

・食物の名前: \_\_\_\_\_ 理由: \_\_\_\_\_  
・ \_\_\_\_\_

9. その他のアレルギーがありますか？ ☐無 ☐有

アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、ラテックス・アレルギー、造影剤アレルギーなど。  
病名は上の2. に記入いただき、判明しているアレルゲン（抗原）名を以下に記入願います。  
（例：ハウスダスト、ブタクサ、・・・）

10. 身体の中に金属やペースメーカーが入っていますか？ ☐無 ☐有

・ 入っているもの： 入れた日：

11. ご家族の構成とご家族の病気についてお答えください。

ご両親、父方および母方の祖父母の方についてご兄弟を記入願います。その方々以外で同居されている方がいれば、空白行に記入願います。 \* 生年月日は必ずご記入ください。

続柄	* 生年月日（年齢）	生死	同居	かかった病気や 治療中の病気の病名・死亡病名
父方祖父	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
父方祖母	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
母方祖父	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
母方祖母	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
父	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
母	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

以下に 兄弟・姉妹・そのほかの同居者の方（例：叔父、伯母）を記入願います。

	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	・ ・ （ ）	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

\* 上の表内に記入いただいた方で当院を受診中の方はいますか？ ☐無 ☐有

12. お子さんを妊娠中の経過、お子さんの出生時の状況についておたずねします。

（母子手帳を見て、わかる範囲で該当する項目へのチェックまたは記入を願います。）

何週で生まれましたか？（在胎週数） \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日

出生時の体重 \_\_\_\_\_ g 出生時の身長 \_\_\_\_\_ cm 出生時の頭囲 \_\_\_\_\_ cm

分娩方法： ☐普通分娩 ☐吸引分娩 ☐鉗子分娩 ☐帝王切開 分娩所要時間：約 \_\_\_\_\_ 時間

分娩胎位： ☐頭位分娩（頭から生まれた） ☐殿位または足位分娩（逆子で生まれた）

仮死状態： ☐有 ☐無 ☐不明

アプガール（Apgar）スコアー 1分後 \_\_\_\_\_ 点 5分後 \_\_\_\_\_ 点 ☐不明

黄疸： ☐弱 ☐普通 ☐強 哺乳力： ☐弱 ☐普通 泣き声： ☐弱 ☐普通

妊娠中の異常： ☐ 妊娠中毒症(妊娠高血圧) ☐ 切迫流産 ☐ 性器出血 ☐ 胎盤機能不全 ☐ 頸管無力症

妊娠中の使用薬剤 \_\_\_\_\_

つわり：☐ 弱 ☐ 普通 ☐ 強 妊娠中の飲酒：☐ 無 ☐ 有

胎動：☐ 弱 ☐ 普通 ☐ 強 妊娠中の喫煙：☐ 無 ☐ 有

分娩時のお母さんの年齢 \_\_\_\_\_ 歳

### 13. お子さんのこれまでの成長発達についておたずねします。

獲得できたことがらまでで結構です。その獲得生後月齢を記入して下さい。できていなければ空白です。

首のすわり	ヶ月	目で物を追う	ヶ月
寝返り	ヶ月	あやすと笑う	ヶ月
おすわり	ヶ月	人見知り	ヶ月
四つ這い(ハイハイ)	ヶ月	指差し	ヶ月
つかまり立ち	ヶ月	カタコトを話す	ヶ月
つたい歩き	ヶ月	どんな言葉でしたか：	
独歩(1人歩き)	ヶ月	バイバイと言う	ヶ月
走る	ヶ月	チョーダイと言う	ヶ月
階段の上り下り	ヶ月	排尿の自立	ヶ月
		<input type="checkbox"/> 夜尿がある <input type="checkbox"/> 昼のお漏らしがある	
		排便の自立	ヶ月
		<input type="checkbox"/> 便の失禁がある <input type="checkbox"/> トイレができない	

#### 2歳頃

☐ あまり話さなかった (☐ 単語 ☐ 2語文 ☐ 3語文) がでていた ☐ 覚えていない

#### 3歳頃

☐ あまり話さなかった (☐ 単語 ☐ 2語文 ☐ 3語文) がでていた ☐ 覚えていない

### 14. すでにかかった病気にチェックを付けて下さい。( ☐ 内に レ を )

麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 済(かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
風疹(三日ばしか)	<input type="checkbox"/> 済(かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> 済(かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 済(かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
百日咳	<input type="checkbox"/> 済(かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済(かかった)	<input type="checkbox"/> 不明

# 15. お済みの予防接種にチェックを付けて下さい。(□ 内に レ を)

\* ポリオは、H24. 9. 1より生ポリオ(経口)から不活化ポリオ(注射)に変更になりました。

すでに生ポリオを1回接種していたり、三種混合を接種している場合は、単独で不活化ポリオを接種します。

一度も生ポリオや三種混合を接種していない場合は、四種混合を接種します。(四種混合はH24.11. 1 から開始)

四種混合 I 期 (DPT-IPV/ジフテリア・百日咳・ 破傷風・不活化ポリオ)	1回目 <input type="checkbox"/>	ヒブ	1回目 <input type="checkbox"/>
	2回目 <input type="checkbox"/>		2回目 <input type="checkbox"/>
	3回目 <input type="checkbox"/>		3回目 <input type="checkbox"/>
	追加 <input type="checkbox"/>		追加 <input type="checkbox"/>
三種混合 I 期 (DPT/ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目 <input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌(プレベナー)	1回目 <input type="checkbox"/>
	2回目 <input type="checkbox"/>		2回目 <input type="checkbox"/>
	3回目 <input type="checkbox"/>		3回目 <input type="checkbox"/>
	追加 <input type="checkbox"/>		追加 <input type="checkbox"/>
二種混合(DT) (ジフテリア・破傷風)	<input type="checkbox"/>	肺炎球菌(ニューモバックス)	1回目 <input type="checkbox"/>
ツベルクリン反応	<input type="checkbox"/>		2回目 <input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)	1回目 <input type="checkbox"/>
生ポリオ	1回目 <input type="checkbox"/>	接種日: 年 月 日	
	2回目 <input type="checkbox"/>	"	2回目 <input type="checkbox"/>
不活化ポリオ(単独)	1回目 <input type="checkbox"/>	接種日: 年 月 日	
	2回目 <input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(単独)	1回目 <input type="checkbox"/>
	3回目 <input type="checkbox"/>		2回目 <input type="checkbox"/>
	追加 <input type="checkbox"/>	B型肝炎	1回目 <input type="checkbox"/>
麻しん(はしか)(単独)	<input type="checkbox"/>		2回目 <input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日			3回目 <input type="checkbox"/>
風しん(単独)	<input type="checkbox"/>	ロタウイルス(ロタテック)	1回目 <input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日			2回目 <input type="checkbox"/>
MR I 期 (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/>		3回目 <input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日		ロタウイルス(ロタリックス)	1回目 <input type="checkbox"/>
MR II 期	<input type="checkbox"/>		2回目 <input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日		子宮頸がん	1回目 <input type="checkbox"/>
MR III 期	<input type="checkbox"/>		2回目 <input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日			3回目 <input type="checkbox"/>
MR IV 期	<input type="checkbox"/>		
接種日: 年 月 日			
MMR (麻しん・風しん・おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/>		
接種日: 年 月 日			
日本脳炎 I 期	1回目 <input type="checkbox"/>		
	2回目 <input type="checkbox"/>		
	追加 <input type="checkbox"/>		
日本脳炎 II 期	<input type="checkbox"/>		

以上です。ご協力ありがとうございました。