

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。

(風疹などの子どものウイ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続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 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
寝返り	ヶ月
おすわり	ヶ月
四つ這い（ハイハイ）	ヶ月
つかまり立ち	ヶ月
つたい歩き	ヶ月
独歩（1人歩き）	ヶ月
走る	ヶ月
階段の上り下り	ヶ月

目で物を追う	ヶ月
あやすと笑う	ヶ月
人見知り	ヶ月
指差し	ヶ月
カタコトを話す	ヶ月
どんな言葉でしたか :	
バイバイと言う	ヶ月
チヨーダイと言う	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"/> 濟（かかった）	<input type="checkbox"/> 不明
風疹（三日ばしか）	<input type="checkbox"/> 濟（かかった）	<input type="checkbox"/> 不明
水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/> 濟（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"/> 濟（かかった）	<input type="checkbox"/> 不明
百日咳	<input type="checkbox"/> 濟（かかった）	<input type="checkbox"/> 不明
突発性発疹	<input type="checkbox"/> 濟（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"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <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"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/>
二種混合(DT) (ジフテリア・破傷風)	<input type="checkbox"/>
ツベルクリン反応	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>
生ポリオ	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/>
不活化ポリオ(単独)	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/>
麻しん(はしか)(単独)	<input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日	
風しん(単独)	<input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日	
MR I 期 (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日	
MR II 期	<input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日	
MR III 期	<input type="checkbox"/>
接種日: 年 月 日	
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"/>

ヒブ	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <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"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/>
肺炎球菌(ニューモバックス)	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/>
水痘(みずぼうそう)	1回目 <input type="checkbox"/> 接種日: 年 月 日 " 2回目 <input type="checkbox"/> 接種日: 年 月 日
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(単独)	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/>
B型肝炎	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/>
ロタウイルス(ロタテック)	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/>
ロタウイルス(ロタリックス)	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/>
子宮頸がん	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/>

以上です。ご協力ありがとうございました。