**問診票**

**受診券番号（ID）：　　　　　　　　　　　　　　お子さんのお名前：**

**※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　　□同意　　□同意しません　　□所持していない**

**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○○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ー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： □無　　 □有　（有の時は右も記入） |  | □治った　　□治療中　　□不明 |
| てんかん： □無　　 □有　（有の時は右も記入） |  | □治った　　□治療中　　□不明 |
|  |  | □治った　　□治療中　　□不明 |
|  |  | □治った　　□治療中　　□不明 |
|  |  | □治った　　□治療中　　□不明 |

**以下の５～１１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．食物アレルギーについて**

【入院の方】→　全員　別紙「食物アレルギーチェック票」を記入し、提出してください。

【外来初診の方】食物アレルギーはありますか？

□無

□有→別紙「食物アレルギーチェック票」を記入し、提出してください。

入院される方は、およそ半年毎に記入していただいています。  
前回の内容と変化がない項目は記載しなくても問題ありません。

**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１ページ４．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。

**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 | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
| 父方祖母 | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
| 母方祖父 | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
| 母方祖母 | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
| 父 | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
| 母 | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □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。** | | | | |
|  | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
|  | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
|  | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
|  | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
|  | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □別居 |  |
|  | ・　・　（　　） | □生存 □死亡 | □同居 □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**　　　　　　　 　　㎝　　**出生時の頭囲**　　　　 　　　　　㎝

**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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| チョーダイと言う | ヶ月 |
| 排尿の自立 | ヶ月 |
| □夜尿がある　　　□昼のお漏らしがある | |
| 排便の自立 | ヶ月 |
| □便の失禁がある　　　□トイレができない | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

**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） | □ 済（かかった）　　　□ 不明 |
| 風疹（三日ばしか） | □ 済（かかった）　　　□ 不明 |
| 水痘（みずぼうそう） | □ 済（かかった）　　　□ 不明 |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | □ 済（かかった）　　　□ 不明 |
| 百日咳 | □ 済（かかった）　　　□ 不明 |
| 突発性発疹 | □ 済（かかった）　　　□ 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 | □ |  | ヒブ | １回目 | □ |
| ２回目 | □ |  |  | ２回目 | □ |
| ３回目 | □ |  |  | ３回目 | □ |
| 追加 | □ |  |  | 追加 | □ |
| 三種混合　Ⅰ期  （ＤＰＴ／ジフテリア・百日咳・破傷風） | １回目 | □ |  | 小児用肺炎球菌（プレベナー） | １回目 | □ |
| ２回目 | □ |  |  | ２回目 | □ |
| ３回目 | □ |  |  | ３回目 | □ |
| 追加 | □ |  |  | 追加 | □ |
| 二種混合（ＤＴ）　（ジフテリア・破傷風） |  | □ |  | 肺炎球菌（ニューモバックス） | １回目 | □ |
| ツベルクリン反応 |  | □ |  |  | ２回目 | □ |
| ＢＣＧ |  | □ |  | 水痘（みずぼうそう） | １回目 | □ |
| 生ポリオ | １回目 | □ |  | 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
|  | ２回目 | □ |  | 〃 | ２回目 | □ |
| 不活化ポリオ（単独） | １回目 | □ |  | 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
|  | ２回目 | □ |  | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（単独） | １回目 | □ |
|  | ３回目 | □ |  |  | ２回目 | □ |
|  | 追加 | □ |  | Ｂ型肝炎 | １回目 | □ |
| 麻しん（はしか）（単独） |  | □ |  |  | ２回目 | □ |
| 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |  |  | ３回目 | □ |
| 風しん（単独） |  | □ |  | ロタウイルス（ロタテック） | １回目 | □ |
| 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |  |  | ２回目 | □ |
| ＭＲ　Ⅰ期　　（麻しん・風しん） |  | □ |  |  | ３回目 | □ |
| 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |  | ロタウイルス（ロタリックス） | １回目 | □ |
| ＭＲ　Ⅱ期 |  | □ |  |  | ２回目 | □ |
| 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |  | 子宮頸がん | １回目 | □ |
| ＭＲ　Ⅲ期 |  | □ |  |  | ２回目 | □ |
| 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |  |  | ３回目 | □ |
| ＭＲ　Ⅳ期 |  | □ |  |  | | |
| 接種日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |  |
| ＭＭＲ （麻しん・風しん・おたふくかぜ） |  | □ |  |
| 接種日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | |  |
| 日本脳炎　Ⅰ期 | １回目 | □ |  |
|  | ２回目 | □ |  |
|  | 追加 | □ |  |
| 日本脳炎　Ⅱ期 |  | □ |  |

以上です。ご協力ありがとうございました。