

# 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。  
近くの病院から〇〇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<br>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5～11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<br>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のままです。

|            |    |  |    |
|------------|----|--|----|
| 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 |  |    |
| つかまり立ち     | ヶ月 | 指差し  | ヶ月 |
| つたい歩き      | ヶ月 | カタコトを話す  | ヶ月 |
| 独歩(1人歩き)   | ヶ月 | どんな言葉でしたか：   |    |
| 走る         | ヶ月 | バイバイと言う  | ヶ月 |
| 階段の上り下り    | ヶ月 | チョーダイと言う   | 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"/> 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)

|                |     |                          |                     |                              |
|----------------|-----|--------------------------|---------------------|------------------------------|
| 五種混合           | 1回目 | <input type="checkbox"/> | 二種混合(DT)            | <input type="checkbox"/>     |
|                | 2回目 | <input type="checkbox"/> | 子宮頸がん               | 1回目 <input type="checkbox"/> |
|                | 3回目 | <input type="checkbox"/> |                     | 2回目 <input type="checkbox"/> |
|                | 追加  | <input type="checkbox"/> |                     | 3回目 <input type="checkbox"/> |
| 小児用肺炎球菌        | 1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"/> |
|                | 2回目 | <input type="checkbox"/> |                     | 2回目 <input type="checkbox"/> |
|                | 3回目 | <input type="checkbox"/> | ヒブ                  | 1回目 <input type="checkbox"/> |
|                | 追加  | <input type="checkbox"/> |                     | 2回目 <input type="checkbox"/> |
| B型肝炎           | 1回目 | <input type="checkbox"/> |                     | 3回目 <input type="checkbox"/> |
|                | 2回目 | <input type="checkbox"/> | 四種混合 I期             | 追加 <input type="checkbox"/>  |
|                | 3回目 | <input type="checkbox"/> |                     | 1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"/> |
|                | 2回目 | <input type="checkbox"/> | 三種混合 I期             | 3回目 <input type="checkbox"/> |
|                | 3回目 | <input type="checkbox"/> |                     | 追加 <input type="checkbox"/>  |
| ロタウイルス(ロタリックス) | 1回目 | <input type="checkbox"/> | 生ポリオ                | 1回目 <input type="checkbox"/> |
|                | 2回目 | <input type="checkbox"/> |                     | 2回目 <input type="checkbox"/> |
| BCG            |     | <input type="checkbox"/> | 不活化ポリオ(単独)          | 1回目 <input type="checkbox"/> |
| MR             | 1回目 | <input type="checkbox"/> |                     | 2回目 <input type="checkbox"/> |
| 接種日: 年 月 日     |     |                          |                     | 3回目 <input type="checkbox"/> |
| MR             | 2回目 | <input type="checkbox"/> | ツベルクリン反応            | <input type="checkbox"/>     |
| 接種日: 年 月 日     |     |                          | 麻しん(はしか)(単独)        | <input type="checkbox"/>     |
| MMR            |     | <input type="checkbox"/> | 接種日: 年 月 日          |                              |
| 接種日: 年 月 日     |     |                          | 風しん(単独)             | <input type="checkbox"/>     |
| 水痘(みずぼうそう)     | 1回目 | <input type="checkbox"/> | 接種日: 年 月 日          |                              |
| 接種日: 年 月 日     |     |                          | その他予防接種             |                              |
| 水痘(みずぼうそう)     | 2回目 | <input type="checkbox"/> | ニューモバックス(肺炎球菌)      | 1回目 <input type="checkbox"/> |
| 接種日: 年 月 日     |     |                          |                     | 2回目 <input type="checkbox"/> |
| 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。