

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されましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

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。顔のあさ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. 現在通院中の病院はありますか？ ☐ 無 ☐ 有 （医療機関名： _____）

・処方されている薬はありますか？ ☐ 無 ☐ 有 （薬剤名： _____）

5. 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 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6～11まで、「有」の場合は詳しく記入してください。

6. 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
- ・手術名： _____

7. 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： _____

8. 食物アレルギーについて

【入院の方】→ 全員別紙「お食事問診票・食物アレルギーチェック票」を記入し、提出していただきます。

※外来で記載いただいていない方は、入院当日にご提出ください。

【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。

9. 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：

10. 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5. 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。

11. 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：

12. 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

13. 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(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

14. 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のまま結構です。

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
		☐ 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	

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

15. 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

16. お済みの予防接種にチェックを付けて下さい。(□ 内に レ を)

五種混合	1回目	☐
	2回目	☐
	3回目	☐
	追加	☐
小児用肺炎球菌	1回目	☐
	2回目	☐
	3回目	☐
	追加	☐
B型肝炎	1回目	☐
	2回目	☐
	3回目	☐
ロタウイルス(ロタテック)	1回目	☐
	2回目	☐
	3回目	☐
ロタウイルス(ロタリックス)	1回目	☐
	2回目	☐
BCG		☐
MR	1回目	☐
接種日:	年 月 日	
MR	2回目	☐
接種日:	年 月 日	
MMR		☐
接種日:	年 月 日	
水痘(みずぼうそう)	1回目	☐
接種日:	年 月 日	
水痘(みずぼうそう)	2回目	☐
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		☐

二種混合(DT)	☐
子宮頸がん	1回目 ☐
	2回目 ☐
	3回目 ☐
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(単独)	1回目 ☐
	2回目 ☐
ヒブ	1回目 ☐
	2回目 ☐
	3回目 ☐
	追加 ☐
四種混合 I 期	1回目 ☐
	2回目 ☐
	3回目 ☐
	追加 ☐
三種混合 I 期	1回目 ☐
	2回目 ☐
	3回目 ☐
	追加 ☐
生ポリオ	1回目 ☐
	2回目 ☐
不活化ポリオ(単独)	1回目 ☐
	2回目 ☐
	3回目 ☐
	追加 ☐
ツベルクリン反応	☐
麻しん(はしか)(単独)	☐
接種日:	年 月 日
風しん(単独)	☐
接種日:	年 月 日
その他予防接種	
ニューモバックス(肺炎球菌)	1回目 ☐
	2回目 ☐

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
受診の際はマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

以上です。ご協力ありがとうございました。