

大阪市立総合医療センター 小児医療センター 外来共通問診票

□初診初来(初診オーダー)
 □再来(短期)6か月未満
 □再来(長期)6か月以上(初診判断、オーダー)

記入日 (西暦) 年 月 日

お子様のお名前() フリガナ()

生年月日 (西暦) 年 月 日

質問		回答欄 ★診察前に下記の点についてご記入をお願い致します。(母子手帳を参考にしてください)						
(1)	受診の理由 * 各科問診票を記載されている方はこの欄の記載は不要です。	いつ頃から どのような症状						
(2)	今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		(病名:)	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療中	通院病院名()	
				(病名:)	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療中	通院病院名()	
				(病名:)	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療中	通院病院名()	
				(病名:)	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療中	通院病院名()	
(3)	入院した経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	病院名()				
(4)	手術を受けた経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	手術名()				
(5)	輸血をした経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	()				
(6)	薬や食べ物などによるアレルギーやじんましんについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬 (薬品名:) (症状:)	<input type="checkbox"/> アルコール消毒	<input type="checkbox"/> 造影剤	<input type="checkbox"/> 検査名: ()	
				<input type="checkbox"/> 症状: ()	<input type="checkbox"/> 食べ物 (食品名:) (症状:)	<input type="checkbox"/> ゴム製品 (内容:) (症状:)	<input type="checkbox"/> 金属 (内容:) (症状:)	
				<input type="checkbox"/> その他 (内容:) (症状:)				
(7)	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	あった場合の状態:				
(8)	出産時の状況について	在胎週数()週()日				アプガースコア(/ /)		
		出生体重()g				出生身長()cm		
(9)	出生時の異常	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 仮死	<input type="checkbox"/> 黄疸	<input type="checkbox"/> その他()		
(10)	栄養方法について	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 注入	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> 人工栄養	<input type="checkbox"/> 混合	<input type="checkbox"/> その他()	
(11)	発育状況について	①くびのすわり _____ ケ月 ②寝返り _____ ケ月 ③お座り _____ ケ月 ④はいはい _____ ケ月				⑤つかまり立ち _____ ケ月 ⑥ひとり歩き _____ ケ月 ⑦マンマ・ブーブーなど意味のある言葉 歳 _____ ケ月		
(12)	右に記載の感染症の経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	
				<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ		
(13)	予防接種で接種済のワクチン * ()内の接種回数に○をつけてください	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> 四混DPT-IPV(1・2・3・4)		<input type="checkbox"/> 三混DPT(一期1・2・3 二期)		
		<input type="checkbox"/> DT		<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(イモバックス)(1・2・3・4)		<input type="checkbox"/> 経口ポリオ生ワクチン(1・2)		
		<input type="checkbox"/> MR(1・2)		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> みずぼうそう(1・2)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎(1・2・3・4)	
		<input type="checkbox"/> インフルエンザ		<input type="checkbox"/> ロタ (ロタリックス・ロタテック)(1・2・3)		<input type="checkbox"/> ヒブ(1・2・3)		
		<input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン(1・2・3)		<input type="checkbox"/> プレベナー(肺炎球菌)(1・2・3・4)		<input type="checkbox"/> その他()		
(15)	家族の病気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (父・母・兄弟・祖父・祖母)	<input type="checkbox"/> 肝疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母)	<input type="checkbox"/> 腎疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母)	
				<input type="checkbox"/> けいれん (父・母・兄弟・祖父・祖母)				

(16)	体内にある金属や異物 例: どこに(左胸) 何が(ペースメーカー) どこに(頭) 何が(脳室シャント)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	どこに()何が() どこに()何が() どこに()何が()
(17)	宗教上の理由での制限	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> その他()
(18)	あなたに使用した針や器具で当院職員がケガをしたり血液などが目に入った場合、病院の負担でHIVウイルス検査をさせて頂くことをご了承願います。プライバシーの保護については十分配慮いたします。 (右の欄に□と署名をお願いします)		<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません 署名

マイナンバーカードを提示しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記で、薬剤情報等を病院が確認するごとに同意しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
連絡先	連絡先() 固定・携帯 お名前() 続柄()

* ここより下は医師記入欄になります

【医師記入欄】禁忌項目あり□ なし□ (ありの場合は必ず下記項目に記載して下さい)

安全管理 薬剤禁忌

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> サリチル酸系製剤 | <input type="checkbox"/> バルビツール酸系製剤 |
| <input type="checkbox"/> 血友病 | <input type="checkbox"/> アニリド系局麻薬 | <input type="checkbox"/> 白金含有製剤 |
| <input type="checkbox"/> 抗凝固・血小板亢進 | <input type="checkbox"/> アミノグリコジド系抗生素 | <input type="checkbox"/> 非ステロイド消炎剤 |
| <input type="checkbox"/> ビケアナゾン・糖尿病 | <input type="checkbox"/> キノロン系抗菌剤 | <input type="checkbox"/> ヒダントイン系抗てんかん剤 |
| <input type="checkbox"/> 宗教上制限 | <input type="checkbox"/> 牛乳蛋白製剤 | <input type="checkbox"/> ピリン系解熱剤 |
| <input type="checkbox"/> AND(DNAR) | <input type="checkbox"/> サルファ剤 | <input type="checkbox"/> ペニシリン系抗生素 |
| <input type="checkbox"/> がん告知未 | <input type="checkbox"/> 三環系抗うつ剤 | <input type="checkbox"/> ホスピマイン系抗生素 |
| <input type="checkbox"/> 緩和病棟同意書 | <input type="checkbox"/> ストレプトマイシン系抗生素 | <input type="checkbox"/> ヨード系製剤 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> セフェム系抗生素 | <input type="checkbox"/> 卵白製剤 |
| <input type="checkbox"/> 腎機能障害 | <input type="checkbox"/> テトラサイクリン系抗生素 | <input type="checkbox"/> リンコマイシン系抗生素 |
| <input type="checkbox"/> 地域連携パス適応中 | | |

食物禁忌

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 鶏肉 | <input type="checkbox"/> イチゴ | <input type="checkbox"/> そば | <input type="checkbox"/> 花粉 |
| <input type="checkbox"/> 豚肉 | <input type="checkbox"/> オレンジ | <input type="checkbox"/> 小麦 | <input type="checkbox"/> ダニ |
| <input type="checkbox"/> 牛肉 | <input type="checkbox"/> キウイ | <input type="checkbox"/> 山芋・長芋 | <input type="checkbox"/> アトピー |
| <input type="checkbox"/> 肉類全般 | <input type="checkbox"/> スイカ | <input type="checkbox"/> ナツ類(コマ・ピーナツ類) | <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) |
| <input type="checkbox"/> 青赤身魚
(さば・ツナ等) | <input type="checkbox"/> さくらんぼ
アメリカンチェリー | <input type="checkbox"/> 宗教上の食物禁忌 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 魚
(貝・介・匂含む) | <input type="checkbox"/> パイン | <input type="checkbox"/> 動物性食品 | <input type="checkbox"/> ラテックス(フルーツ・食物) |
| <input type="checkbox"/> 甲殻類
(えび・かに等) | <input type="checkbox"/> バナナ | <input type="checkbox"/> 生魚 | <input type="checkbox"/> アルコール |
| <input type="checkbox"/> 卵 | <input type="checkbox"/> ブドウ | | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| <input type="checkbox"/> 乳製品
(牛乳・ヨーグルト・チーズ等) | <input type="checkbox"/> マンゴー | | |
| <input type="checkbox"/> 牛乳のみ | <input type="checkbox"/> メロン | | |
| | <input type="checkbox"/> 桃 | | |
| | <input type="checkbox"/> りんご | | |
| | <input type="checkbox"/> その他の果物
() | | |
| <input type="checkbox"/> 大豆 | <input type="checkbox"/> 果物除去 | | |

アレルギー

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> パン | <input type="checkbox"/> ダニ |
| <input type="checkbox"/> バナナ | <input type="checkbox"/> アトピー |
| <input type="checkbox"/> ブドウ | <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) |
| <input type="checkbox"/> マンゴー | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> メロン | <input type="checkbox"/> ラテックス(フルーツ・食物) |
| <input type="checkbox"/> 桃 | <input type="checkbox"/> アルコール |
| <input type="checkbox"/> りんご | <input type="checkbox"/> 喘息 |

フリーコメント