

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	<div>(病名:)<input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>治療中 通院病院名()</div> <div>(病名:)<input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>治療中 通院病院名()</div> <div>(病名:)<input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>治療中 通院病院名()</div> <div>(病名:)<input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>治療中 通院病院名()</div>	
(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	<div><input type="checkbox"/>薬 (薬品名:) (症状:)</div> <div><input type="checkbox"/>アルコール消毒</div> <div><input type="checkbox"/>造影剤</div> <div>検査名: ()</div> <div>症状: ()</div> <div><input type="checkbox"/>食べ物 (食品名:) (症状:)</div> <div><input type="checkbox"/>ゴム製品 (内容:) (症状:)</div> <div><input type="checkbox"/>金属 (内容:) (症状:)</div> <div><input type="checkbox"/>その他 (内容:) (症状:)</div>	
(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	<div>①くびのすわり_____ヶ月</div> <div>②寝返り_____ヶ月</div> <div>③お座り_____ヶ月</div> <div>④はいはい_____ヶ月</div> <div>⑤つかまり立ち_____ヶ月</div> <div>⑥ひとり歩き_____ヶ月</div> <div>⑦マンマ・ブーブーなど意味のある言葉 _____歳_____ヶ月</div>			
(12)	右に記載の感染症の経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<div><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</div> <div><input type="checkbox"/>突発性発疹 <input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>インフルエンザ</div>	
(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	<div><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)</div> <div><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)</div> <div><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)</div> <div><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)</div> <div><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()</div>			
(15)	家族の病気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<div><input type="checkbox"/>心臓疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母)</div> <div><input type="checkbox"/>糖尿病 (父・母・兄弟・祖父・祖母)</div> <div><input type="checkbox"/>肝疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母)</div> <div><input type="checkbox"/>腎疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母)</div> <div><input type="checkbox"/>けいれん (父・母・兄弟・祖父・祖母)</div>	

(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 こ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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> (ありの場合は必ず下記項目に記載して下さい)			
<u>安全管理</u>		<u>薬剤禁忌</u>	
<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・血小板剤	<input type="checkbox"/> アミノグリコジド系抗生剤	<input type="checkbox"/> 非ステロイド消炎剤	
<input type="checkbox"/> ビグアナイド・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"/> ペニシリン系抗生剤	
<input type="checkbox"/> がん告知未	<input type="checkbox"/> 三環系抗うつ剤	<input type="checkbox"/> ホスホマイシン系抗生剤	
<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剤	<input type="checkbox"/> ヨード系製剤	
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> セフェム系抗生剤	<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剤	<input type="checkbox"/> リンコマイシン系抗生剤	
<input type="checkbox"/> 地域連携パス適応中			
<u>食物禁忌</u>		<u>アレルギー</u>	
<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"/> ナッツ類(ゴマ・ピーナッツ類)	<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・イカ・タコ含む)	<input type="checkbox"/> パイン	<input type="checkbox"/> 生魚	<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"/> 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	フリーコメント	
<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> 桃		
	<input type="checkbox"/> りんご		
	<input type="checkbox"/> その他の果物 ()		
	<input type="checkbox"/> 果物除去		