

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)	当院受診の理由 <u>* 各科問診票に記載されている方は この欄の記載は不要です。</u>	いつ頃から どのような症状			
(2)	今までにかかった病気	☐ ない	☐ ある	(病名:) ☐ 治癒 ☐ 治療中 通院病院名() (病名:) ☐ 治癒 ☐ 治療中 通院病院名() (病名:) ☐ 治癒 ☐ 治療中 通院病院名() (病名:) ☐ 治癒 ☐ 治療中 通院病院名()	
(3)	入院した経験	☐ ない	☐ ある	病院名()	
(4)	手術を受けた経験	☐ ない	☐ ある	手術名()	
(5)	輸血をした経験	☐ ない	☐ 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	☐ ない	☐ ある	☐ 薬 (薬品名:) (症状:) ☐ アルコール消毒 ☐ 造影剤 検査名: () 症状: () ☐ 食べ物 (食品名:) (症状:) ☐ ゴム製品 (内容:) (症状:) ☐ 金属 (内容:) (症状:) ☐ その他 (内容:) (症状:)	
(7)	妊娠中の異常	☐ ない	☐ 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	☐ ない	☐ ある	☐ 仮死 ☐ 黄疸 ☐ その他()	
(10)	栄養方法について	☐ 経口	☐ 注入	☐ 母乳 ☐ 人工栄養 ☐ 混合 ☐ その他()	
(11)	発育状況について	①くびのすわり_____ヶ月 ②寝返り _____ヶ月 ③お座り _____ヶ月 ④はいはい _____ヶ月 ⑤つかまり立ち_____ヶ月 ⑥ひとり歩き _____ヶ月 ⑦マンマ・ブーブーなど意味のある言葉 _____歳 _____ヶ月			
(12)	右に記載の感染症の経験	☐ ない	☐ ある	☐ みずぼうそう ☐ はしか ☐ 風疹 ☐ おたふくかぜ ☐ 突発性発疹 ☐ 百日咳 ☐ インフルエンザ	
(13)	予防接種で接種済のワクチン <u>* ()内の接種回数に○をつけてください</u>	☐ BCG ☐ 四混DPT-IPV(1・2・3・4) ☐ 三混DPT(一期1・2・3 二期) ☐ DT ☐ 不活化ポリオ(イモバックス)(1・2・3・4) ☐ 経口ポリオ生ワクチン(1・2) ☐ MR(1・2) ☐ おたふくかぜ ☐ みずぼうそう(1・2) ☐ 日本脳炎(1・2・3・4) ☐ インフルエンザ ☐ ロタ(ロタリックス・ロタテック)(1・2・3) ☐ ヒブ(1・2・3) ☐ B型肝炎ワクチン(1・2・3) ☐ プレベナー(肺炎球菌)(1・2・3・4) ☐ その他()			
(15)	家族の病気	☐ ない	☐ ある	☐ 心臓疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母) ☐ 糖尿病 (父・母・兄弟・祖父・祖母) ☐ 肝疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母) ☐ 腎疾患 (父・母・兄弟・祖父・祖母) ☐ 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)	☐ ない	☐ 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	☐ ない	☐ ある	☐ 輸血 ☐ 食べ物 ☐ 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)			☐ 同意します ☐ 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	☐ はい ☐ 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	☐ はい ☐ 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)			
<u>安全管理</u>		<u>薬剤禁忌</u>	
☐ 緑内障	☐ サリチル酸系製剤	☐ バルビツール酸系製剤	
☐ 血友病	☐ アニリド系局麻薬	☐ 白金含有製剤	
☐ 抗凝固・血小板剤	☐ アミノグリコジド系抗生剤	☐ 非ステロイド消炎剤	
☐ ビグアナイド糖尿病	☐ キノロン系抗菌剤	☐ ヒダントイン系抗てんかん剤	
☐ 宗教上制限	☐ 牛乳蛋白製剤	☐ ピリン系解熱剤	
☐ AND(DNAR)	☐ サルファ剤	☐ ペニシリン系抗生剤	
☐ がん告知未	☐ 三環系抗うつ剤	☐ ホスホマイシン系抗生剤	
☐ 緩和病棟同意書	☐ ストレプトマイシン系抗生剤	☐ ヨード系製剤	
☐ 前立腺肥大	☐ セフェム系抗生剤	☐ 卵白製剤	
☐ 腎機能障害	☐ テトラサイクリン系抗生剤	☐ リンコマイシン系抗生剤	
☐ 地域連携パス適応中			
<u>食物禁忌</u>		<u>アレルギー</u>	
☐ 鶏肉	☐ イチゴ	☐ そば	☐ 花粉
☐ 豚肉	☐ オレンジ	☐ 小麦	☐ ダニ
☐ 牛肉	☐ キウイ	☐ 山芋・長芋	☐ アトピー
☐ 肉類全般	☐ スイカ	☐ ナッツ類(ゴマ・ピーナッツ類)	☐ ラテックス(ゴム)
☐ 青赤身魚 (さば・ツナ等)	☐ さくらんぼ アメリカンチェリー	☐ 宗教上の食物禁忌	☐ その他
☐ 魚 (貝・イカ・タコ含む)	☐ パイン	☐ 生魚	☐ ラテックス(フルーツ・食物)
☐ 甲殻類 (えび・かに等)	☐ バナナ		☐ アルコール
☐ 卵	☐ ブドウ		☐ 喘息
☐ 乳製品 (牛乳・ヨーグルト・チーズ等)	☐ マンゴー		
☐ 牛乳のみ	☐ メロン	フリーコメント	
☐ 大豆	☐ 桃		
	☐ りんご		
	☐ その他の果物 ()		
	☐ 果物除去		