

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

フリガナ ()

お子様のお名前 ()

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 * 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><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></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><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></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 | <div>在胎週数()週()日 アプガースコア(/)</div> <div>出生体重()g 出生身長()cm</div> <div>分娩方法 <input type="checkbox"/>自然 <input type="checkbox"/>誘発 <input type="checkbox"/>吸引 <input type="checkbox"/>帝王切開 <input type="checkbox"/>その他()</div> <div>胎位 <input type="checkbox"/>頭位 <input type="checkbox"/>骨盤位 <input type="checkbox"/>その他()</div> <div><input type="checkbox"/>ふたご <input type="checkbox"/>三つ子 <input type="checkbox"/>四つ子以上</div> | | | |
| (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><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></div> | | | |
| (12) | 右に記載の感染症の経験 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | <div><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><div><input type="checkbox"/>その他()</div></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><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></div> | | | |

| | | | | |
|------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| (14) | 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） |
| (15) | 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（ ） |
| (16) | 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（ ） |

| | |
|-----------------------------|--|
| 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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> | |
| <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"/> 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・知含む) | <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"/> 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 | | |
| | | フリーコメント | |