

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	(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 アップガースコア(/) 出生体重()g 出生身長()cm 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() 胎位 <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ふたご <input type="checkbox"/> 三つ子 <input type="checkbox"/> 四つ子以上							
(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 ⑤つかまり立ち _____ ケ月 ②寝返り _____ ケ月 ⑥ひとり歩き _____ ケ月 ③お座り _____ ケ月 ⑦マンマ・ブーブーなど意味のある言葉 _____ 歳 ケ月 ④はいはい _____ 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					
				<input type="checkbox"/> その他()					
(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()							

(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 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・血小板凝集 | <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"/> ホスホマイシン系抗生素 |
| <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"/> 肉類全般 | <input type="checkbox"/> スイカ | <input type="checkbox"/> ナツツ類(ゴマ・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・イカ・鰯含む) | <input type="checkbox"/> パイン | <input type="checkbox"/> 動物性食品 | |
| <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"/> ラテックス(フルーツ・食物) |
| <input type="checkbox"/> 卵 | <input type="checkbox"/> ブドウ | | <input type="checkbox"/> アルコール |
| <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"/> 喘息 |
| <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"/> 大豆 | <input type="checkbox"/> その他の果物
() | | |
| | <input type="checkbox"/> 果物除去 | | |

アレルギー

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> バナナ | <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) |
| <input type="checkbox"/> ダニ | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> ピーナツ | <input type="checkbox"/> ラテックス(フルーツ・食物) |
| <input type="checkbox"/> ホウズキ | <input type="checkbox"/> アルコール |
| <input type="checkbox"/> ブドウ | <input type="checkbox"/> 喘息 |

フリーコメント