

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 * 各科問診票に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()
(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 検査名: () 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 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 _____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	<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()			

裏面もご記入ください

(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 <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)	
安全管理 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 抗凝固・血小板育 <input type="checkbox"/> ビグアナイド糖尿病 <input type="checkbox"/> 宗教上制限 <input type="checkbox"/> AND(DNAR) <input type="checkbox"/> がん告知未 <input type="checkbox"/> 緩和病棟同意書 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 地域連携パス適応中	薬剤禁忌 <input type="checkbox"/> サリチル酸系製剤 <input type="checkbox"/> アニリド系局麻薬 <input type="checkbox"/> アミノグリコジド系抗生剤 <input type="checkbox"/> キノロン系抗菌剤 <input type="checkbox"/> 牛乳蛋白製剤 <input type="checkbox"/> サルファ剤 <input type="checkbox"/> 三環系抗うつ剤 <input type="checkbox"/> ストレプトマイシン系抗生 <input type="checkbox"/> セフェム系抗生剤 <input type="checkbox"/> テトラサイクリン系抗生剤 <input type="checkbox"/> バルビツール酸系製剤 <input type="checkbox"/> 白金含有製剤 <input type="checkbox"/> 非ステロイド消炎剤 <input type="checkbox"/> ヒダントイン系抗てんかん剤 <input type="checkbox"/> ピリン系解熱剤 <input type="checkbox"/> ペニシリン系抗生剤 <input type="checkbox"/> ホスホマイシン系抗生剤 <input type="checkbox"/> ヨード系製剤 <input type="checkbox"/> 卵白製剤 <input type="checkbox"/> リンコマイシン系抗生剤
食物禁忌 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 肉類全般 <input type="checkbox"/> 青赤身魚 (さば・ツナ等) <input type="checkbox"/> 魚 (貝・イカ・知含む) <input type="checkbox"/> 甲殻類 (えび・かに等) <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品 (牛乳・ヨーグルト・チーズ等) <input type="checkbox"/> 牛乳のみ <input type="checkbox"/> 大豆	アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ラテックス(フルーツ・食物) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> イチゴ <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> スイカ <input type="checkbox"/> さくらんぼ <input type="checkbox"/> アメリカチェリー <input type="checkbox"/> パイン <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> ブドウ <input type="checkbox"/> マンゴー <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 (、 果物除去	<input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 山芋・長芋 <input type="checkbox"/> ナッツ類(ゴマ・ピーナッツ類) <input type="checkbox"/> 宗教上の食物禁忌 <input type="checkbox"/> 動物性食品 <input type="checkbox"/> 生魚
フリーコメント <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	