

小児科外来問診票

記載日： 年 月 日

記入者： _____ 関係： _____

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

同意します 同意しません

ID： _____ 診療科： _____

氏名： _____ 年齢： _____

緊急連絡先 (氏名 _____ 関係 _____ 電話 _____)

1. 今日はどうされましたか。症状に☑を付けてください

- 発熱(_____ °C) せき 鼻水 鼻づまり 喘息(ゼイゼイする)
腹痛 嘔吐 吐き気 下痢 便秘 発疹 けいれん
心雑音 川崎病 気管支喘息 アレルギー 低身長 肥満
その他 (_____)

※その症状はいつ頃からですか？

2. 今までにかかったことのある病気についてご記入ください。

- 気管支喘息 (_____ 才) けいれん (_____ 才) 心臓病 (_____ 才)
水ぼうそう (_____ 才) おたふく (_____ 才)
その他 (_____)

3. 現在使用中の薬がありますか？ なし あり (お薬手帳参照 _____)

主たる、かかりつけ調剤薬局を教えてください。 (_____ 電話 _____)

4. 今までに薬剤、食品などに対するアレルギー(じんましん、ショックなど)がありましたか？

- なし あり (_____)

5. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

- | | |
|--------------------|--------------------|
| Hib (1, 2, 3, 追加) | 肺炎球菌 (1, 2, 3, 追加) |
| B型肝炎 (1, 2, 3) | BCG (1) |
| 五種混合 (1, 2, 3, 追加) | 四種混合 (1, 2, 3, 追加) |
| 二種混合 (1) | 三種混合 (1, 2, 3) |
| ポリオ (1, 2) | 麻しん風しん (1, 2) |
| 水痘 (1, 2) | 日本脳炎 (1, 2, 3, 追加) |
| ロタウイルス (1, 2, 3) | おたふく (1, 2) |
| その他 (_____) | |

6. 妊娠・分娩時の状況

- 特に問題なかった あった (_____)

出生週数 (_____ 週 日) 出生体重 (_____ g) 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

7. 家族構成、健康状態についてご記入ください。本人に○を付け、同居家族を囲んでください。

- | | | | |
|----|-----------------|----------------------|----------------------|
| 祖父 | } 父 (_____) 才 | } 第1子 (_____ 才 男・女) | |
| 祖母 | | | } 第2子 (_____ 才 男・女) |
| 祖父 | } 母 (_____) 才 | | } 第3子 (_____ 才 男・女) |
| 祖母 | | | } 第4子 (_____ 才 男・女) |

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。