



# 県立宮崎病院 小児 問診票



お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ 続柄( )

在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 出生体重 \_\_\_\_\_ g ごきょうだい \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 人目

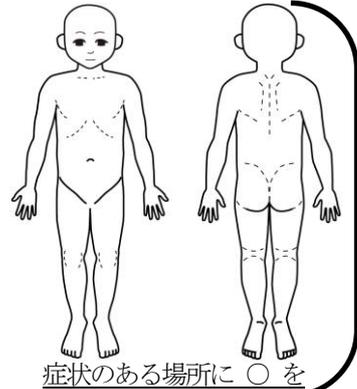
## 今日はどうされましたか？(いつからどのような症状がありますか？)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 (____月____日から)           | <input type="checkbox"/> 不機嫌 (____月____日から)         |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 (____月____日から)           | <input type="checkbox"/> _____が痛い<br>(____月____日から) |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 (____月____日から)           | <input type="checkbox"/> 痙攣発作 (____月____日から)        |
| <input type="checkbox"/> 発熱 (____月____日から、最高____℃)   | <input type="checkbox"/> 喘息発作 (____月____日から)        |
| <input type="checkbox"/> せき (____月____日から)           | <input type="checkbox"/> 食欲低下 (____月____日から)        |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (____月____日から)           | <input type="checkbox"/> 哺乳低下 (____月____日から)        |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 (____月____日から)          | <input type="checkbox"/> 下痢 (____月____日から)          |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 (____月____日から、今までに____回) |   |
| <input type="checkbox"/> 便秘 (____月____日から)           |   |



皮膚の状態  かさかさ  ぶつぶつ  紫斑(紫の斑点)  出血  かゆみ  むくみ  痛い

気になる症状、相談したいことなどをお書きください



## 今回の症状でほかの病院を受診しましたか？

- なし  
 あり 医療機関： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  紹介状あり

## ご家族や学校などで同じ症状の方はいますか？

- なし  
 あり ( )

## 今までにかかった病気などはありますか？

- なし  
 よく熱を出す  骨折しやすい  先天性股関節脱臼  内反足  
 その他(乳幼児検診等での指摘など) ( )  
 入院歴あり \_\_\_\_\_ 歳頃 病名： \_\_\_\_\_



## アレルギーはありますか？



- なし  
 食べ物やくすり ( )  
 アルコール(消毒)  ヨード系(消毒)  ゴム製品  ラテックス  金属  テープ類  
 その他 ( )

**母子手帳・くすり手帳と一緒に 受診する科の受付 にお渡し頂き、しばらくお待ちください**

# 初めて診察を受けられる方へ

※ ご記入またはを入れてください

問診室入力

令和 年 月 日

フリガナ		年齢	体温 :                    °C	脈拍 :                    回/分
氏名			血圧 :                    /                    mmHg	
携帯	-                    -		身長 :                    cm	体重 :                    kg
緊急 連絡先	氏名 :                    続柄 :		呼吸数 :                    回	SPO2 :                    %
	電話番号 :                    -                    -			

① 今までにかかった病気(指摘されたことのある病気)がありますか?			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 透析・シャント部位(                    ) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳・鼻の病気 <input type="checkbox"/> 胃・腸の病気 <input type="checkbox"/> 骨の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他(                    )			
② 手術を受けたことがありますか? (病名または手術名)	年齢	医療機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 現在飲んでいる薬がありますか? お薬手帳を持参されていますか?			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか? 薬品名(                    ) 症状(                    )			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 以下のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> 食べ物(食品名:                    ) 症状(                    ) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード系 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか? <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー <input type="checkbox"/> 歯のインプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> その他(                    )			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ タバコ(電子タバコも含みます)は吸いますか? (                    歳頃から                    本/日 ) (喫煙歴:                    年)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ お酒は飲みますか?			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、告知を受けたいですか?			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 治療上輸血が必要となったときは受けられますか?			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 女性の方へお尋ねします。妊娠中、または可能性はありますか?			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください			(                    ) 歯科