

# 問診票 児童用（初めての方へ）

平成 年 月 日

問診表は診察に役立つものです。下記の項目についてご本人または付き添いの方が記入、もしくは○で囲んでください。

|      |  |      |               |
|------|--|------|---------------|
| ID   |  | 生年月日 | ( )才 ・男・女     |
| フリガナ |  | 血圧   |               |
| 氏名   |  | 同伴者  | ・なし・ある（ご関係： ） |

1. いつからどんなことでお困りですか

出生前～現在までについて、お答えください

2. 両親の血族結婚は【 なし あり： 】
3. 今までに母親の自然流産、死産は【 なかった あった 】
4. 本児を妊娠中に飲酒は【 なかった あった 】  
 喫煙は【 なかった あった 】  
 異常は【 なかった あった 】
5. 出産は【 予定通り 予定日より 日早かった 予定日より 日遅かった 】  
 妊娠日齢【 週 または ヶ月 】  
 出産経過は【 安産 難産 】
6. 出生時 体重【 g 】 身長【 cm 】 頭囲【 cm 】
7. 生まれてすぐ【 泣いた 泣かなかった 】 アプガースコア 【 合計 点 】
8. 黄疸に対して光線療法を【 受けた 受けなかった 】
9. 新生児期（生後1ヶ月まで）の異常は【 なかった あった 】
10. 保健センターでの健診について 3ヶ月健診:異常は【 なかった あった： 】  
 1才6ヶ月:異常は【 なかった あった： 】  
 3歳児健診:異常は【 なかった あった： 】
11. 離乳までの栄養は【 母乳 人工ミルク 混合 】

12. 乳幼児期

あ) 発達

い) 病気

- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| あやすと笑う 【 ヶ月 】  | はしか 【 才 】                |
| 首がすわる 【 ヶ月 】   | 水ぼうそう 【 才 】              |
| おすわり 【 ヶ月 】    | けいれん 【 才 】               |
| 人見知り 【 ヶ月 】    | おたふくかぜ 【 才 】             |
| ハイハイ 【 ヶ月 】    | アレルギー【 才：じんましん アトピー性皮膚炎】 |
| つかまり歩き 【 ヶ月 】  | 【アレルギー： 】                |
| ひとり歩き 【 ヶ月 】   | 薬剤性過敏症 【 才： 】            |
| 意味のある言葉 【 ヶ月 】 | 入院した病気 【 才： 】            |
| 二語文 【 ヶ月 】     | その他の病気 【 才： 】            |

13. 予防接種

|           |   |   |           |      |        |
|-----------|---|---|-----------|------|--------|
| 三種混合／四種混合 | 未 | 済 | HPV ワクチン  | 未    | 済      |
| ポリオ       | 未 | 済 | はしか       | 未    | 済      |
| MR ワクチン   | 未 | 済 | おたふくかぜ    | 未    | 済      |
| 水ぼうそう     | 未 | 済 | BCG       | 未    | 済      |
| ヒブワクチン    | 未 | 済 | (ツベルクリン反応 | 才のとき | +、±、-) |
| 肺炎球菌ワクチン  | 未 | 済 |           |      |        |

患者様の家族について

○両親【父・母】は元気です。 はい いいえ

父【 才、職業： 学歴： 】

母【 才、職業： 学歴： 】

○家族に以下の病気、障害がありましたら○で囲み、横の空白に翻字との関係(例：父)を書いてください

|      |       |        |          |           |     |
|------|-------|--------|----------|-----------|-----|
| 結核   | 気管支喘息 | 薬剤過敏症  | アレルギー性鼻炎 | アトピー性皮膚炎  |     |
| 膠原病  | 癌     | 糖尿病    | 心臓病      | 腎臓病       | 肝臓病 |
| 精神疾患 | てんかん  | 熱性けいれん | 本児と同様の障害 | 死亡したきょうだい |     |

○私(本児)は【 人兄弟(男 人・女 人)の 番目】です

○今、私(本児)は【 人】暮らしです。一緒に住んでいるのは

【 祖父、祖母、父、母、兄( )人、弟( )人、姉( )人、妹( )人、その他( ) 】

○出生地【 】

本籍地【 】

○これまでの通院歴・相談歴がありますか 【 ない ある 】

【病院名： 診断名： 】

【病院名： 診断名： 】

【相談機関： 】

【相談機関： 】

○利用している機関があれば教えてください

【利用機関名： 】

【利用機関名： 】

○幼児期・学童期などに家族内に大きな混乱(深刻な両親の不仲・病気・離婚・経済危機など)があったことがありますか

【 ない ある 】

【どんなことですか： 】

○現在、ご家族に複雑な事情がおありの方は、その事情をお書きください 【 ない ある 】

○受診の際に、あらかじめ当院にお伝えしたいことや知りたいことなどありましたらお書きください

例：同居しているご家族に内緒で受診したので自宅に電話はしないほしい、など