

小児問診票

★発疹のある方は先にお申し出ください。

ふりがな お名前	様	男 女	歳 ヶ月	身長 体重	cm Kg・g
生年月日：H/西暦	年	月	日		
スタッフ記載欄	血圧	mmHg	脈拍	回/分	体温
				℃	O2SAT
					%

▼お子さんは全部で何人ですか？ () 人 ⇒ 本日受診の方：() 番目

▼どのような症状のため受診されましたか？

▼これらの症状はいつ頃から始まりましたか？

() 年 () 月 () 日 時頃～

▼これらの症状はどのように変わっていますか？

☐悪化している
☐変わらない
☐良くなっている
▼これらの症状について他の病院・医院などに受診されましたか？ ☐いいえ ☐はい

→「はい」を選択された方にお聞きします。

- ① 診療所名：()
- ② 紹介状・資料はお持ちですか？ 紹介状：☐なし ☐あり
資料：☐なし ☐あり
- ③ 病名を()と言われている
- ④ お薬を飲んでいますか？ ☐いいえ ☐はい ☐飲んでいた

▼現在、他の病気で治療を受けていますか？あればご記入ください。

病名() 病院・医院名()

内服 ☐なし ☐あり()

▼今までにかかった病気はありますか？

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ ☐なし ☐あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
☐なし ☐あり ⇒ ☐抗生物質(薬品名：) ☐造影剤 ☐麻酔薬
☐その他()
- ③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬：ワーファリン・バイアスピリンなど)を飲んでいますか？
☐いいえ ☐はい⇒薬品名()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼アレルギーについてお聞きします。

- ① 食物でアレルギーはありますか？
☐なし ☐あり ⇒ どんな食物ですか？ ()
- ② その他、アレルギーはありますか？
☐なし ☐あり ()

▼せきは出ていますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① たんが多い、又はたんに血が混じっていますか？ ☐いいえ ☐はい
- ② 2週間以上、せきが続いていますか？ ☐いいえ ☐はい

お名前： _____ 様
 生年月日：H/西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

▼出産の状況についてお聞きします。

- ①お産について ⇒ () 週 () 日に出産
 ②出生場所 () ③生まれたときの体重 () g
 ④お産の異常について
☐ なし ☐ あり ⇒ ☐ 仮死 ☐ 鉗子分娩 ☐ 吸引分娩 ☐ 前置分娩
☐ 帝王切開 ☐ その他 ()
 ⑤栄養方法について ⇒ ☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工

▼出生後の健康発育状態についてお聞きします。

- ①首のすわり：() ヶ月 ②おすわり：() ヶ月
 ③ひとり歩き：() ヶ月 ④マ、ブ、ワ、ンなどの言葉：() 才 () ヶ月

▼これまでに受けた予防接種についてお答えください。

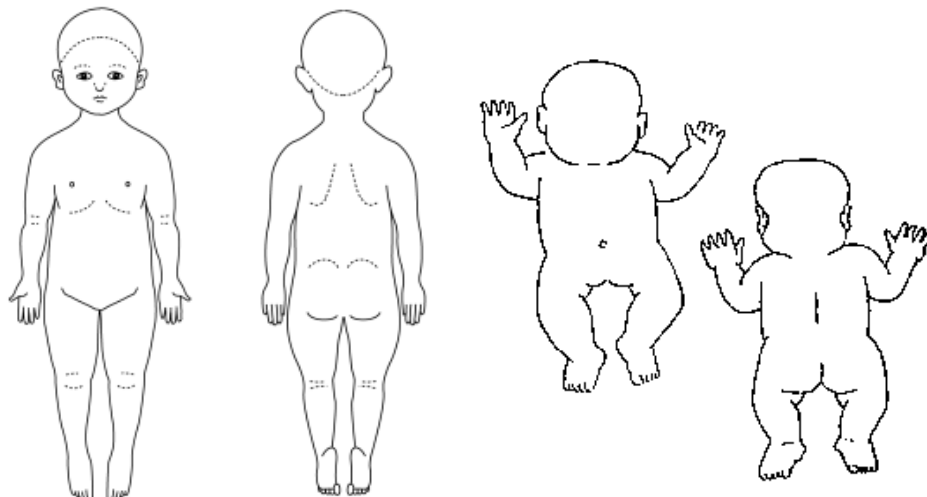
- ☐ ポリオ ☐ BCG ☐ 三種混合 ☐ 四種混合 ☐ 肺炎球菌 ☐ おたふくかぜ
☐ MR (麻しん風しん混合) ☐ 日本脳炎 ☐ ロタウイルス ☐ 二種混合
☐ Hib ☐ 水痘 ☐ B型肝炎 ☐ その他 ()

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？ ☐ なし ☐ あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

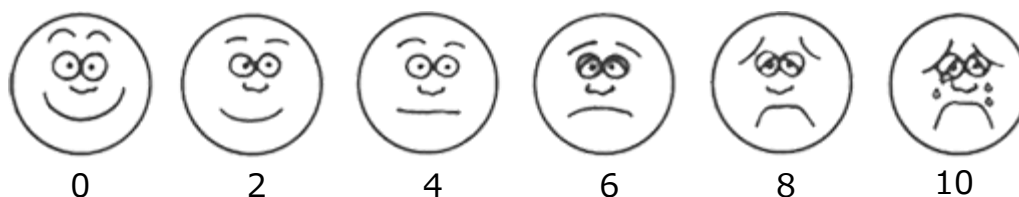
①痛い場所はどこですか？

※図の該当する部位に
 ○をつけてください。



②現在の痛みが一番合う顔を選んでください。(難しい場合は、ご家族の方が選んでください。)

※お子様に下記の絵を見せて選んでもらい、該当する数字に○をつけてください。



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

- ☐ 食事量の変化なし ☐ 食事量がおよそ2/3に減った ☐ 食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

- ☐ 体重の減少に変化なし
☐ 1kg未満の体重の減少あり ☐ 1Kg～3Kg未満の体重減少あり ☐ 3kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？ ☐ なし ☐ あり ▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

- 「あり」を選択された方にお聞きします。
☐ なし ☐ あり
 ①いつ頃ですか？ () ヶ月前 →「あり」を選択された方にお聞きします。
 ②どのように転びましたか？
☐ ふらついた ☐ つまずいた ☐ 足がもつれた
 ①いつですか？ () ～ ()
 ②どこへいきましたか？

お名前： _____ 様
生年月日： M/T/S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日

脳神経外科問診票

▼どのような症状のため受診されましたか？

☐ 他院からの紹介

① 病名（ _____ ）と言われている

② 資料 ☐ あり ☐ なし

☐ 頭のけがをしている

① いつから？（ _____ ）月（ _____ ）日（ _____ ）時頃～

② 出血はありますか？ ☐ あり ☐ なし

③ 嘔吐はありますか？ ☐ あり ☐ なし

④ けがの原因 ☐ 交通事故 ☐ 転倒 ☐ 転落 ☐ その他（ _____ ）

そのときの状況（ _____ ）

☐ 頭痛がある

① いつから？（ _____ ）月（ _____ ）日（ _____ ）時頃～

② 症状：☐ 経験したことがないような激しい頭痛 ☐ しめつけられる感じ
☐ 頭が重い ☐ 脈打つ感じ ☐ 電気が走るような感じ

③ ☐ 悪化している ☐ 変わらない ☐ 良くなっている

☐ けいれんを起こした

① いつ？（ _____ ）月（ _____ ）日（ _____ ）時 持続時間（ _____ ）

② 部位（ _____ ）

☐ 意識消失した

① いつから？（ _____ ）月（ _____ ）日（ _____ ）時頃～

② どんな時に？：☐ 起き上がった時 ☐ 頭を動かした時 ☐ 歩いている時
☐ その他（ _____ ）

③ 症状：☐ ぐるぐる回る ☐ ふわふわする ☐ 景色が横に流れる
☐ 悪化している ☐ 変わらない ☐ 良くなっている

☐ 手足の動かしにくさや、力の入りにくさがある

① いつから？（ _____ ）月（ _____ ）日（ _____ ）時頃～

② 部位：手（右・左） 足（右・左）

③ ☐ 悪化している ☐ 変わらない ☐ 良くなっている

☐ しゃべりにくさがある

① いつから？（ _____ ）月（ _____ ）日（ _____ ）時頃～

② ☐ 悪化している ☐ 変わらない ☐ 良くなっている

☐ その他気になる症状（ _____ ）