

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ママ、ブーブ、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。

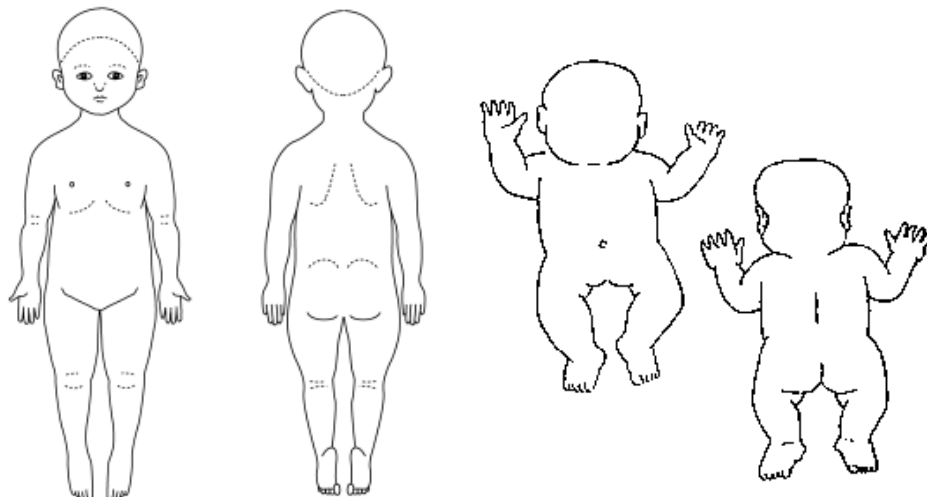
- ☐ ポリオ ☐ BCG ☐ 三種混合 ☐ 四種混合 ☐ 肺炎球菌 ☐ おたふくかぜ
☐ MR (麻しん風しん混合) ☐ 日本脳炎 ☐ ロタウイルス ☐ 二種混合
☐ Hib ☐ 水痘 ☐ B型肝炎 ☐ その他 ()

▼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。

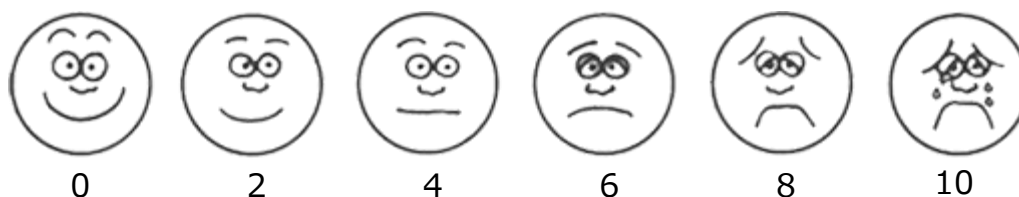
①痛い場所はどこですか？

※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 : _____
生年月日 : _____

てんかんセンター（小児）問診票

▼てんかん・けいれん発作の方はくわしくお聞きします。

→①発作のタイプはいくつありますか？（2種類以上ある方は設問⑨にもお答えください）

☐1種類 ☐2種類 ☐3種類 ☐4種類 ☐5種類 ☐6種類以上

②初めて発作が起きた年齢はおいくつですか？ （ ）才（ ）ヶ月

③最後に発作が起きたのはいつ頃ですか？ （ ）年（ ）月（ ）日頃

④発作の頻度はどのくらいですか？

・年単位：（ ）回/年 ・半年単位：（ ）回/6ヶ月

・月単位：（ ）回/月 ・週単位：（ ）回/週

・日単位：（ ）回/日 ・1日に（ ）回が月に（ ）回ある

⑤発作の継続時間はどのくらいですか？

☐数秒 ☐十数秒 ☐数十秒 ☐数分 ☐十数 ☐数十分 ☐1時間以上

⑥前兆はありますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ どのような前兆ですか？

⑦発作は、どのような発作ですか？（意識、目の様子、手足の様子など。順番も）

⑧ 発作後はどのようになりますか？

☐寝てしまう ☐すぐに元の意識状態に戻る ☐言葉がでない ☐舌をかむ

☐麻痺がでる（どこに？： ） ☐失禁をしている

☐混乱している（どれくらい続きますか？： ）

☐その他（ ）

⑨ 発作タイプが2種類以上の方は、その他の発作タイプの情報についてご記入ください。

▼兄弟（姉妹）はいますか？性別年齢も教えて下さい。 （例：兄 7歳、本人 3歳、妹 1歳）
（ ）

▼家族・親類にけいれん、てんかん、神経疾患の方はおられますか？

いいえ はい→具体的に：

▼喘息やその他のアレルギーをお持ちですか？

いいえ はい（病名 ）

▼輸血をこれまでに受けたことがありますか？

いいえ はい

▼きき手はどちらですか？ 右きき 左きき 矯正右きき いずれでもない

▼習い事やスポーツ・部活動はしていますか？

いいえ はい 具体的に（ ）