

小児科問診票（初診用）

I. 個人情報

ID 番号 _____ お名前： _____

年齢： _____ 歳 _____ ヶ月 _____ 男・女

II. 現在の病気について

いつから、どんなことにお困り（症状）ですか。

[_____]

III. 今回の受診について

①他の病院・医院、患者さんからの紹介がありますか？

ない ある [紹介者： _____]

②診察医の希望がありますか？

特にない ある [_____ 先生]

③その他、何かありますか？

[_____]

IV. 今までの病気について

1) 生まれたときの事を教えてください。

①産科名 _____ ②週数（予定だと40週） _____ 週

③出生体重 _____ g

④問題点 帝王切開 黄疸が強い 直ぐに泣かない

2) これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

ない ある（原因： _____ 症状： _____)

_____ 恐れ入りますが、裏面もご記入をお願いします。 _____

3) 家族について教えてください

_____人兄弟の_____番目 (構成: _____)

家族にアレルギーがある人	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
熱性けいれんの既往がある人	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
腎臓病がある人	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
薬のアレルギーがある人	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない

4) 今までに病気、けがで入院したり、手術を受けたりしたことがありますか?

ない ある (_____)

—— 恐れ入りますが、裏面もご記入をお願いします。 ——

5) このたびの病気について、他の病院などで診断や治療を受けたことがありますか?

なし ある (_____) 処方薬 (_____)

6) 現在治療中の病気がほかにありますか?

なし ある (_____) 処方薬 (_____)

V. マイナンバーカード(マイナ保険証)を提出された場合、診療情報取得に同意いただけますか?

同意する ・ 同意しない ・ 持っていない

マイナンバーカードが保険証として利用できます。

当院は診療情報を取得・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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

—— ご記入ありがとうございました。もうしばらくお待ちください。 ——

予防接種手帳・親子手帳・母子手帳等、ワクチン接種歴が分かる手帳をお持ちの方は、受付まで提示お願いいたします。

起立性調節障害（OD）問診票

チェック年月日：（西暦） 年 月 日

記入者： _____ （子どもとの関係： _____）

① 基本情報

学 校 名 ・ 学 年 ・ 組	学校名： _____ 第 _____ 学年 _____ 組
児童生徒氏名（ふりがな）	_____（ _____ ）
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日（年 齢）	（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

② 受診までの経過（現病歴、前医情報）

●いつから、どんなことにお困りですか。

●他の病院で検査や薬の処方を受けていますか。

ない ある （ _____ ） 病院 検査・薬（ _____ ）

③ 季節変動の確認（出欠席の状況）

年度	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
本年度	欠席													
	遅刻													
昨年度	欠席													
	遅刻													
一昨年度	欠席													
	遅刻													

※毎月の状況が把握できる資料があれば、代用することができます

④ 発育状況の確認

●二次性徴

有り 【 陰毛 変声 夢精 乳房腫大 初経（ _____ 歳） 】

無し はっきりしない

●身長体重の変化

年度	計測（西暦）年・月	年齢（歳）	身長（cm）	体重（kg）
本年度				
昨年度				
一昨年度				

※成長曲線のデータがある場合には、添付しましょう。

