

ID :

初診患者用 問診表 (小児用)

氏名 :

記入日 年 月 日

身長 cm

体重 kg

生年月日 :

血压 / mmHg

脈拍 / 分 (整 ・ 不整)

体温 °C

(記入者 : _____ 患者との関係 : _____)

<診察、治療に関連することについてお聞きします。>

1. どのような経緯で受診されましたか？

他院から紹介された

(病名をどのように聞いていますか： _____)

紹介なしで自分で受診した

(どのような病気を疑っていますか： _____)

2. 現在、症状はありますか。また、その症状はいつ頃からですか。 ある ない

症状 (_____) いつ頃から (_____)

症状 (_____) いつ頃から (_____)

症状 (_____) いつ頃から (_____)

3. 現在治療中の病気はありますか。またそれはいつ頃ですか。

ある (以下の病名にして下さい。) ない

糖尿病 喘息 心疾患 脳疾患 高血圧 膠原病 腎疾患 肝疾患

胃・十二指腸潰瘍 膠原病 がん 精神疾患

その他 (_____) いつ頃 (_____)

4. 今までにかかった病気はありますか。また、いつ頃ですか。 ある ない

病名 (_____) いつ頃 (_____)

病名 (_____) いつ頃 (_____)

病名 (_____) いつ頃 (_____)

5. 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか。

ある (薬・サプリメント名： _____)

お薬手帳持参あり お薬手帳持参なし

ない

6. 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか。

薬剤： ある (_____) ない

食品： ある (_____) ない

その他： ある (花粉症 ゴム製品 金属製品 他 _____)

<お子様のことについてお聞きします。>

1. 出生状況について教えてください。

・在胎週数（ 週 日）・出生時身長（ cm） ・出生時体重（ g）

2. 成長・発達について教えてください。

・あやすと笑う（ ヶ月） ・首のすわり（ ヶ月） ・寝返り（ ヶ月）
・座る（ ヶ月） ・はいはい（ ヶ月） ・ひとり歩き（ ヶ月）

3. 就園、就学していますか。

はい（例：小学校1年生など） いいえ

4. 兄弟姉妹はいますか。

はい
（構成や就学状況を教えてください： ）
いいえ

5. 以下の項目でお子様の発達で気になる点がありますか。

聴覚（聴こえにくい）
視覚（見えにくい・色の区別がむずかしい・視野が狭い）
会話（言葉がはっきりしない）
その他（ ）

6. 虫歯はありますか。 ある（治療中、治療していない） ない わからない

7. コミュニケーションをする際に妨げになるものがありますか。

ある（視力 発話 聴力 言葉 その他） ない

8. 信条、価値観、宗教などにより診察や治療で配慮してもらいたいことがありますか。

はい（具体的な配慮： ） いいえ

9. 社会的な要素（家族、介護、仕事、金銭面など）に心配はありますか。

はい（具体的な内容： ） いいえ

10. その他、診察や治療を受けるにあたり気になることはありますか。

（ ）

<女性の方のみお聞きします>

1. 月経について 初経 () 才、 周期 () 日、最終月経 月 日～ 月 日

<お子様のご家族についてお聞きします>

1. ご家族は何人ですか。

ご家族()人 同居している人(続柄)()
別居している人(続柄)()

2. 血縁のご家族で以下の診断や治療を受けた方はいますか。

はい (以下に☑して下さい) いいえ

糖尿病 (祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 子 叔父 叔母)

高血圧 (祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 子 叔父 叔母)

心疾患 (祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 子 叔父 叔母)

脳卒中 (祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 子 叔父 叔母)

子宮体がん (祖母 母 姉 妹 子 叔母)

卵巣癌 (祖母 母 姉 妹 子 叔母)

乳がん (祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 子 叔父 叔母)

大腸がん(祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 子 叔父 叔母)

その他 (種類:)

(祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 子 叔父 叔母)

*特定の病気や血縁内で同じがんの方が多く場合は、遺伝カウンセラーや看護師がお話をうかがいます。

<以下の相談窓口を設けております。ご相談を希望されるものに☑をいれて下さい>

相談支援センター (経済面、地域、学校、介護などの問題について)

デバイス (ペースメーカーや埋め込み型除細動器などの機器) 看護師への相談

* (ペースメーカーや埋め込み型除細動器をお持ちの方のみ)

糖尿病合併症による足病変のケアや療養生活について

専門、認定看護師によるがん看護専門外来 (がんの病状や治療についての心配、がん治療中の生活支援方法などについて)

がん患者サロン (ミニレクチャーとおしゃべり会)

がんピアサポート (がん経験者どうしの相談会)

がんの親をもつ子供のサポートケア

リンパ浮腫外来 (がんの手術後でリンパ浮腫がある方のみ)

美容ケア (メイク、脱毛ケア、爪のケア、ハンドマッサージなど) の相談

がん生殖相談外来 (今後、子供を希望する方)

<1ヶ月以内の体調についてお聞きします>

1. 発熱、せき、くしゃみなどの症状がありますか。
はい (症状: _____ いつ頃: _____) いいえ
2. 同居者にインフルエンザや下痢、嘔吐など、ウイルスの病気と診断された方はいますか。
はい (誰: _____ いつ頃: _____) いいえ
3. 食事の量に変化はありましたか。
はい (具体的に: _____ いつ頃: _____) いいえ
4. 体重の変化はありましたか。
はい (増えた: _____ kg 減った: _____ kg) いいえ
5. 食事の時に飲みこみづらさやむせこみがありますか。
はい (飲みこみづらい むせる その他 _____) いいえ
6. 転びやすいと感じたことはありましたか。
はい (具体的に: _____ いつ頃: _____) いいえ
7. 手足、体のしびれはありますか。
はい (部位: _____ いつ頃: _____) いいえ
8. 身体の中で痛いところがありますか。
はい (部位: _____ いつ頃: _____) いいえ
9. 気持ちの不安やつらさがありますか。
はい (具体的に: _____ いつ頃: _____) いいえ

<最近2週間の様子についてお聞きします>

10. 以下のような問題がありましたか
 - ① 何かやろうとしても、ほとんど興味が持てなかったり楽しくない。
はい いいえ
 - ② 気分が重かったり、憂うつだったり、絶望的に感じる。
はい いいえ

記入が済みましたら、この用紙を事務員にお渡し下さい。ご協力ありがとうございました。