外科外来問診票（小児用）

記載日：　　年　　月　　日
記入者：＿＿＿＿＿＿＿＿関係：＿＿＿＿

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

□同意します　□同意しません

フリガナ：＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：＿＿＿＿

1．今日はどうされましたか。症状に☑を付けてください

□停留精巣　□移動性(遊走)精巣　□真性包茎　□便秘
□鼠径ヘルニア　□臍ヘルニア　その他（　　）

※その症状はいつごろからですか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2．今までにかかったことのある病気についてご記入ください。

□気管支喘息（　　才）　□けいれん（　　才）　□心臓病（　　才）
□水ぼうそう　（　　才）　□おたふく　（　　才）
□その他（　　才）（　　才）（　　才）

3．現在使用中の薬がありますか？　□なし　□あり (お薬手帳参照 ＿＿＿＿＿＿)

主たる、かかりつけ調剤薬局　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿☎＿＿＿＿＿＿＿＿）

4．今までに薬剤、食品などに対するアレルギー(じんましん、ショックなど)がありましたか？

□なし　□あり (＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

5．今までに受けた予防接種に〇をつけてください。

Hib（1，2，3，追加）	肺炎球菌（1，2，3，追加）
B 型肝炎（1，2，3）	BCG（1）
四種混合（1，2，3，追加）	二種混合（1）
三種混合（1，2，3）	ポリオ（1，2）
麻しん風しん（1，2）	水痘（1，2）
日本脳炎（1，2，3，追加）	ロタウイルス（1，2，3）
おたふく（1，2）	その他（　　）

6．妊娠・分娩時に異常はありましたか？

□なかった　□あった (＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

出生週数（　　週　　日）　出生体重（　　g）

7．家族構成、健康状態についてご記入ください。本人に〇を付け、同居家族を囲んでください。

祖父
祖母
┐
├ 父（　）才
┘
祖父
祖母
┐
├ 母（　）才
┘
┐
├ 第１子（　才　男・女）
├ 第２子（　才　男・女）
├ 第３子（　才　男・女）
└ 第４子（　才　男・女）

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。