　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問診票　　　　　　　　　　　　　小児用

入院にあたり、下記のことをお尋ねします。可能な限りご記入お願いします。

氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　学年（就学前 / 小学・中学・高校［　　　］年）

その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

ご説明を受けた病名（　　　　　　　　　　　）　予定の治療内容（　　　　　　　　　　　　　　）

①　緊急連絡先

　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　）　電話番号（　　　　　　　　　　　　）

②　緊急連絡先

　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　）　電話番号（　　　　　　　　　　　　）

１．社会資源

　　現在受けているサービスはありますか　□あり　　□なし

　　　□担当保健師　氏名（　　　　　　　　　　　）

　　　　　保健所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

小児医療センターキャラクター

　　　　　　　　フレフレちゃん

　　　□相談支援専門員　氏名（　　　　　　　　　　　）

　　　　　相談支援事業所（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□医師の訪問診療（月に　　　　回）（医院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□訪問看護（月・週に　　　回）（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　（月・週に　　　回）（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□訪問リハビリ（月・週に　　　回）（事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□ヘルパー（月・週に　　　回）（事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　現在申請や受給されている制度はありますか　□あり　　□なし

　　　□小児慢性特性疾病

　　　□身体障害者手帳　　種類（　　　　　　　　　）等級（　　　　　）級

　　　□養育手帳　　　　　等級（　　　　　　　）級

　　　□特定児童扶養手当

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．かかりつけ医　□あり　　□なし

　　　　病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．今までの病気（内服中　手術など治療内容も記入してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年齢 | 病名 | 治療内容 |
| 例）5歳 | 虫垂炎 | 入院　手術 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

４．食事

　　　食事形態について

　　　　□普通の食事

　　　　□ミルク（　　　　～　　　　）ml/回　（　　　　　）回/日　　合計 (　　　　　　)ml/日

　　　　□母乳　（　　　　　）回/日

　　　　□離乳食（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　）回/日

　　　　□経管栄養（内容　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　）回/日

　　　　　　決まった投与時間や量があればご記入ください。

　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．排泄

　　　排便回数は何回ですか　（　　　　　）日に（　　　　　）回

□浣腸（　　　　　）日に（　　　　　　）回

　　　排尿回数　（　　　　　　　）回/日

　　　排泄の方法（　おむつ・おまる・トイレ・その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］）

６．睡眠状況

　　　起床時間・就寝時間は何時頃ですか　　　起床（　　　　　）時頃　就寝（　　　　　　）時頃

　　　昼寝はしますか　□する　□しない　　　約（　　　　　　）時間

　　　入眠のための習慣はありますか　　□ある　□なし

　　　　あると答えられた方はどのようなことですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7．アレルギーについて

　　　薬のアレルギーはありますか　　□あり　□なし

　　　　（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　例）造影剤・アルコール・イソジンなど

　　　食べ物のアレルギーはありますか　　□あり　□なし

　（食品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　例）果物・肉・魚・卵・牛乳・大豆・小麦・ゼリー・グミ・ナッツ類など

　　　その他アレルギーはありますか　　□あり　□なし　　　例）天然ゴム・絆創膏・植物・動物など

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　例）天然ゴム・絆創膏・植物・動物など

喘息はありますか　　□あり　□なし

８．留置物

　　　身体にチューブ類が入っていますか　□はい　□いいえ

　　　はいと答えられた方は、最終交換日・交換頻度・チューブ類のサイズをご記入ください

　　　　胃チューブ（　　　　　　　　　　　）胃瘻ボタン（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　十二指腸チューブ（　　　　　　　　　　　　）　　気管カニューレ（　　　　　　　　　　　　）

　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

９．家族構成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 年齢 | 同居の有無 | 備考 |
| 父 |  |  | 有　無 |  |
| 母 |  |  | 有　無 |  |
| 父方祖父 |  |  | 有　無 |  |
| 父方祖母 |  |  | 有　無 |  |
| 母方祖父 |  |  | 有　無 |  |
| 母方祖母 |  |  | 有　無 |  |
| 兄弟姉妹 |  |  | 有　無 |  |
|  |  |  | 有　無 |  |
|  |  |  | 有　無 |  |
|  |  |  | 有　無 |  |

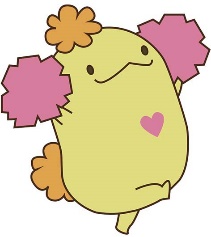
1０．付き添いをお願いした場合、どなたが付き添われますか（　　　　　　　　）（　　　　　　　　）

11．その他

　　　　入院中の請求書に診療明細書を希望されますか　　□はい　　□いいえ

　　病室前に名前を表示させていただいてもいいですか　　□はい　　□いいえ

12．入院に際し、心配なことがありましたら何でもご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　京都府立医科大学附属病院　入退院センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023.8月改訂