小児用

提出先：病棟スタッフステーション（入院当日に提出ください）

問診票（*15歳未満*の患者さん用）

◎　該当するところに○をしてください。

◎　（　　）や［　　］は、書ける範囲でご記入ください。

１．患者氏名　（　　）　**学年**　（就学前・小学／中学［　　］年）

２．問診票を記入した方

１）ご本人

２）代理の方（氏名　　）　続柄（　　）

３．緊急時の連絡先

１）氏名（　　）続柄（　　）

電話番号　（昼：　　夜：　　）

携帯電話番号（　　）

２）氏名（　　）続柄（　　）

電話番号　（昼：　　夜：　　）

携帯電話番号（　　）

４．これまで、病気や大きなケガで治療を受けた経験がある場合、また現在治療中の病気があればご記入ください

年月日	年齢	病名	入院	転帰	医療機関
			有　無	治癒　治療中	
			有　無	治癒　治療中	
			有　無	治癒　治療中	
			有　無	治癒　治療中	

※入院、転帰の項目についてはどちらかに○をしてください

５．予防接種・感染症罹患歴について

※母子健康手帳などで確認できる範囲でご記入ください。

１）予防接種について

これまでに受けた予防接種についてご記入ください。

・５種混合（ＤＰＴ-ＩＰＶ-Ｈｉｂ）　（　　）回
・４種混合（ＤＰＴ-ＩＰＶ）　（　　）回
・３種混合（ＤＰＴ）　（　　）回
・Ｈｉｂ（インフルエンザ菌ｂ型）　（　　）回
・肺炎球菌　（　　）回
・Ｂ型肝炎　（　　）回
・ロタウイルス　（　　）回
・ＢＣＧ　□接種済　□接種未
・ＭＲ（麻疹・風疹）　（　　）回

小児用

提出先：病棟スタッフステーション（入院当日に提出ください）

・水痘　（　　）回
・日本脳炎　（　　）回
・ＤＴ（ジフテリア・破傷風）　□接種済　□接種未
・ＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス）　（　　）回
・その他（　　）
・不明

2）これまでにかかったことのある感染症に✓をしてください。

□麻疹　□風疹　□水痘　□流行性耳下腺炎
□その他（　　）

6．周囲(家族、幼稚園、学校など)で流行している病気がありますか（ない・ある）

※「ある」と答えられた方におたずねします
どんな病気や症状ですか（　　）

7．アレルギーについて

1）薬のアレルギーはありますか
①ない　②ある（　　）

2）食べ物のアレルギーはありますか
①ない　②ある（　　）

3）その他のアレルギーはありますか
①ない　②ある（　　）

8．食事についてご記入ください

1）食事形態はどれですか
□ミルク（　　～　　）ml／回　（　　）回／日
□母乳　（　　回／日）
□離乳食（　　回／日）
□普通食
□経管栄養　内容・回数・時間など（　　）

2）アレルギー以外で制限しているものがあればご記入ください
（　　）

9．排泄についてご記入ください

1）排便回数　（　　）日に（　　）回　最終排便時（　　）
2）排尿回数　（　　）回／日
3）おむつは使用していますか（いいえ・はい）
※はいと答えられた方におたずねします
①いつ使用していますか　□常時　□夜間のみ
②トイレトレーニングはしていますか　（していない・途中）

小児用

提出先：病棟スタッフステーション（入院当日に提出ください）

10. 睡眠についてご記入ください

1）睡眠時間は何時間ですか　（　　）時間

※起床時間・就寝時間が決まっている方におたずねします

起床時間・就寝時間は何時ですか　起床（　　）時頃　就寝（　　）時頃

2）昼寝はしますか（しない・する）

※すると答えられた方におたずねします

何時間ですか　（　　）時間

3）入眠のために習慣化していることはありますか（ない・ある）

※あると答えられた方におたずねします

どんなことですか（　　）

11. ここ 6 ヶ月位の間に、転んだことはありますか（ない・ある）

12. ご家族についてご記入ください

	年齢	職業	同居　別居	備　考
父			同居　別居	
母			同居　別居	
父方祖父			同居　別居	
父方祖母			同居　別居	
母方祖父			同居　別居	
母方祖母			同居　別居	
兄弟姉妹			同居　別居	
			同居　別居	
			同居　別居	
			同居　別居	

※同居の有無についてはどちらかに〇をしてください

13. 小児慢性特定疾病や障害者手帳などの社会資源を利用していますか
（利用していない・申請中・申請済み）

□小児慢性特定疾病　（備考：　　）

□身体障害者手帳　　種類（　　）等級（　　）級

□その他（　　）

14. 病気・入院についてご記入ください

患者さんご本人は医師から病気に関して説明を受けられましたか（いいえ・はい）

※「はい」と答えられた方におたずねします

説明された内容を簡単にご記入ください

（　　）

小児用

提出先：病棟スタッフステーション（入院当日に提出ください）

15. その他

入院に際し、心配なことなどありましたら何でもご記入ください