問診票

日付：　　年　　月　　日

ふりがな お名前		男　・　女	愛称
生年月日	年　　月　　日生　　歳　　ヶ月		
住所			☎
緊急連絡①		続柄（　　）	☎
②		続柄（　　）	☎
③		続柄（　　）	☎

◇ご利用にお子様について

原疾患		
手帳	身体障害者手帳	級【身体不自由・呼吸・その他（　　）】・無
	療育手帳	級
	障害福祉サービス受給者証	有・無・申請中
	精神保健福祉手帳	級
直近の身長・体重・頭囲	cm　　kg　　cm（　　年　　月　　日現在）	
平均バイタル		
利き手	右　　左　　両手　　不明	
聴力	問題なし　　大きい音に反応する　　聞こえな　　その他（　　）	
視力	問題なし　　追視あり　　光に反応する　　その他（　　）	
運動	ねたきり　　寝返りをする　　自分で座る　　這いつくばる　　つかまり立ちができる	
	一人で伝い歩き　　介助にて伝い歩き　　歩く　その他　（　　）	
	移動について特に気をつけることがあれば教えてください	
コミュニケーション	とれない　　ことばの理解はできる　　単語を言う　　2〜3語文を那なす　　良くとれる	
	その他（　　）	
	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝについて特に気をつけることがあれば教えてください	

呼吸	★気切　有・無　カニューレ：サイズ　交換頻度:　最終：　／
	★呼吸器　機種：
	設定：
	使用時間：
	★酸素　有・無
	★吸引　気管　（　）Fr　（　）cm挿入
	口・鼻　（　）Fr
	★SpO2モニター　有・無　アラーム設定（SpO2：　HR：　）
	★吸入
	呼吸や排痰や吸入について特に気をつけることがあれば教えてください
アレルギー	有・無
	有の場合⇒★薬品名（　）
	症状（　）
	★食べ物・食品名（　）
	症状（　）
栄養	★食事摂取方法：　経口
	胃瘻・腸瘻（　）Fr　固定水（　）ml　最終交換日：
	★使用物品
	★食事内容：
	○食事形態はなんですか…
	○好きな食べ物はなんですか…
	○嫌いな食べ物はなんですか…
	○空腹のサインはなんですか
	○満腹のサインはなんですか
	食事や注入について特に気をつけることがあれば教えてください

与薬	★内服薬
	★ネブライザー　有・無　（薬剤：　　）（時間：　　）
	★点眼薬
	★外用薬
	★与薬について特に気をつけることがあれば教えてください
保清	★入浴方法
	★口腔ケア
	★気切部・胃ろう部など　　Ｙガーゼ
	保清について特に気をつけることがあれば教えてください
睡眠	★入眠状況
	★使用薬剤
	睡眠について特に気をつけることがあれば教えてください
排泄	オムツ　尿パット　トレーニングパンツ　トイレ　その他（　　）
	★排尿
	排尿のサインはなんですか…
	★排便
	排便のサインはなんですか…
	排泄について特に気をつけることがあれば教えてください
痙攣	有・無
	状況や頻度や対処方法を教えてください

好きなこと	
苦手なこと	
公費助成について	受けている　受けていない　a　自立支援医療（精神通院医療）
	b　自立支援医療（構成医療・育成医療）
	c　特別児童扶養手当
	d　障害児童福祉手当
	e　小児特定慢性疾患
	f　その他（　）
通園通学について	入園・入学した保育園・幼稚園・学校・療育センター・通所施設・通所事業所・入所施設を
	すべて教えてください（○年○月～○年○月　名称）
	年　月　～　年　月　（　）
	年　月　～　年　月　（　）
	年　月　～　年　月　（　）
	年　月　～　年　月　（　）
	年　月　～　年　月　（　）

	疾患名	治療期間	治療（手術や薬など）	医療機関
これまでにかかった主なご病気について		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		

◇かかりつけの病院・施設と受けている支援内容及び地域の資源があれば記入して下さい

	名称	内容・頻度
病院管理		
かかっている医療機関		
在宅医療		
訪問看護		
リハビリテーション		
相談支援専門員	担当者	
通園・保育園・幼稚園・学校・日中通っている場所		
その他の利用サービス		

◇現在行っている治療に関してていき通院管理を行っている場合記入してください

	医療機関	受診科	診療間隔
気管切開			
在宅酸素			
在宅人工呼吸器			
胃ろうなど			

◇妊娠中について

妊娠中に母が何らの医療行為をうけましたか？	受けた・受けなかった
	受けた場合はその疾患名を教えてください。
	a 妊娠高血圧症　b 妊娠糖尿病　c 切迫早産　d 前期破水
	e その他（　　）
出産した病院名	
分娩様式	a 正常分娩　b 骨盤位分娩（逆子）
	c 鉗子分娩　d 吸引分娩
	e 促進剤を使用　f 帝王切開（理由：　　）
分娩中に特べつなことはありましたか？	あった・なかった
	a 多児だった　b 胎児に臍帯がまいていた　c 出血が多かった
	d 母が発熱した　e お産の時間が長かった
	f その他の異常（　　）

◇新生児期について

出産予定日	年　月　日
在胎	週　日　出生
	出生体重（　）kg　身長（　）cm　胸囲（　）cm　頭囲（　）cm
	アプガースコア　1分（　）点　5分（　）点
新生児期に起こったことがあれば教えてください	a 出生時すぐに呼吸をしなかった　b 出生時すぐに泣かなかった
	c 哺乳力が弱かった　d 呼吸を止めた　e 黄疸が強く治療した
	f 哺乳力が弱かった　g 過敏だった　h痙攣をおこした
	i 感染症にかかった　j 発疹がでた
	kその他（　　）
新生児期に行った治療があれば教えてください	a 保育器に入っていた　約（　）日間　b 酸素投与をていた
	c 人工呼吸をしていた　約（　）日間　d点滴をしていた
	eミルクを注入していた　f手術を行った（術式：　　）
	gその他（　　）

◇予防接種について

予防接種状況と摂取年月日について記入してください

ＢＣＧ	1回目（　　年　　月　　日）	
ポリオ（生）	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
	３回目（　　年　　月　　日）	４回目（　　年　　月　　日）
3種混合	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
	３回目（　　年　　月　　日）	４回目（　　年　　月　　日）
4種混合	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
	３回目（　　年　　月　　日）	４回目（　　年　　月　　日）
麻疹風疹（ＭＲ）	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
日本脳炎	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
	３回目（　　年　　月　　日）	４回目（　　年　　月　　日）
肺炎球菌	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
	３回目（　　年　　月　　日）	４回目（　　年　　月　　日）
ヒブ	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
	３回目（　　年　　月　　日）	４回目（　　年　　月　　日）
おたふくかぜ	1回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
水ぼうそう	１回目（　　年　　月　　日）	２回目（　　年　　月　　日）
インフルエンザ	最終摂取日（　　年　　月　　日）	
コロナワクチン	最終摂取日（　　年　　月　　日）	
その他		

◇ご家族について

氏名	続柄	年齢	職業・学校名	同居の有無	健康状態
	父			同・別	
	母			同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	

・ご利用者含め同居されているのは　　人

・ご家族の健康状態で特にご心配な方がおれらましたら病名を含めて詳しくおしらせください

・父について　連絡先（児と住所が異なる場合のみご記入お願いします）

住所：

☎

・母について　連絡先（児と住所が異なる場合のみご記入お願いします）

住所：

☎

・ご利用児にとっての父母の婚姻について（該当に〇をつけてください）

1、婚姻継続中　　2、別居中　　3、離婚後片親家庭　　4、離婚後再婚

5、父と死別　　6、母と死別　　7、その他（　　）

◇協力が得られる親族等の有無　　有・無

有の場合【関係：　　】　同居・別居【　　市　自宅から　　分】

◇その他具体的にご希望やご相談があればご記入ください

たくさんの質問にご協力いただきありがとうございました

鶴ヶ島ほっこり村診療所

鶴ヶ島ほっこり村診療所