

ID:

初診問診票

2診・隔・処・車（ ）

ふりがな			〒 (-)
お名前	男 女	ご住所	
生年月日			
電話①			電話②

1、出生時の体重（妊娠 週 g）・わからない	
2、保育園・幼稚園・学校に行っていますか？ はい・いいえ (園・学校名)	
3、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？ いない・いる (人きょうだいの 番目)	
4、今までにかかった病気に○をつけてください。 突発性発疹・水ぼうそう・おたふく・気管支炎・喘息・肺炎・熱性けいれん その他 ()	
5、予防接種は受けていますか？ 全部受けている・わからない (受けた予防接種がわかる方は○をつけてください) ヒブ (1・2・3回・追加) 肺炎球菌 (1・2・3回・追加) B型肝炎 (1・2・3回・追加) BCG ロタ (1・2・3回) 四種混合 (1・2・3回・追加) 五種混合 (1・2・3回・追加) 麻疹風疹 (1・2回) 水ぼうそう (1・2回) おたふく (1・2回) 日本脳炎 (1・2・3回・2期)	
6、入院されたことはありますか？ いいえ・はい (はいの方は以下ご記入ください) 病名： () いつ： (年 月 頃 日間)	
7、食物アレルギーの有無 ない・ある (食品名：) ・わからない	
8、薬に対するアレルギーの有無 ない・ある (薬品名：) ・わからない	
9、お薬は飲めますか？ はい (水薬・紛薬・錠剤) ・苦手・わからない 現在、飲んでいる薬はありますか？ いいえ・はい	
10、今日はどうされましたか？	
・ご家族に <u>のどの違和感</u> や <u>発熱</u> などある方 いない・いる (だれ)	
・周囲に新型コロナ、インフルエンザ いない・いる (コナ・インフル だれ)	
・今シーズン、新型コロナ、インフルになられたこと ない・ある (コナ・インフル いつ)	
	体温 °C
	体重 kg

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ受付をされた方…マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい・いいえ

◆医療情報取得加算 初診時 加算1 3点 加算2 1点
再診時 加算3 2点 加算4 1点

うえむらこども医院

問診票

2 診・隔・処・車 ()

現在の体温 _____℃ 体重 _____ kg 学校(園)名 _____

ナマエ _____ (男・女) 年齢 _____ 歳 か月 _____

・ご家族に <u>のどの違和感</u> や <u>発熱</u> などある方	いない・いる (<small>だれ・症状</small>)
・周囲に新型コロナ・インフルエンザ感染者 不明・いない・いる (<small>コロナ・インフル <small>だれ</small></small>)	
・半年以内に、コロナ・インフルになられたこと	ない・ある (<small>コロナ・インフル <small>いつ</small></small>)
・他院でお薬を処方されていますか	ない・ある (<small>薬の名前</small>)

◆本日、診察を希望される症状を○で囲み詳しくご記入ください

・発熱 (いつ _____ 最高 _____℃) ・だるい _____

解熱剤使用 なし・あり (_____ 時頃) ・関節痛 _____

・咳 _____ ・痰 _____ ・鼻水 _____ ・鼻づまり _____ ・くしゃみ _____

・頭痛 _____ ・のどの痛み _____ ・腹痛 _____ ・便秘 (_____ 日間)

・吐気 ・おう吐 (_____ 回・ いつ _____) ・下痢 (_____ 回) ・軟便 (_____ 回)

・乾燥 _____ ・かゆみ _____ ・じんましん _____ ・発疹 (水ぼうそうの疑いあり・なし)

・湿疹 _____ ・ いつもの薬希望 (_____)

その他 [_____]

登園(登校)許可書 ・ 病児保育用紙希望 ・ 検査の結果

◆当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をおねがいたします。

マイナ受付された方…マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい・いいえ

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算 1 4 点 加算 2 2 点

医師記入欄 初診・再診・薬なし・**抗**なし

血算・CRP・生化・x-p・検尿

メプチン () RS () コロナ () インフル ()

アレベール () ヒトメタ () コロナ抗原 ()

ボスミン () アデノ () PCR ()

生食 () 溶連菌 () インフル ()

肛門刺激 浣腸 (ml)

問診票

2 診・隔・処・車 ()

現在の体温 _____℃ 体重 _____ kg 学校(園)名 _____

ナマエ _____ (男・女) 年齢 _____ 歳 か月 _____

・ご家族に <u>のどの違和感</u> や <u>発熱</u> などある方	いない・いる (<small>だれ・症状</small>)
・周囲に新型コロナ・インフルエンザ感染者 不明・いない・いる (<small>コロナ・インフル <small>だれ</small></small>)	
・半年以内に、コロナ・インフルになられたこと	ない・ある (<small>コロナ・インフル <small>いつ</small></small>)
・他院でお薬を処方されていますか	ない・ある (<small>薬の名前</small>)

◆本日、診察を希望される症状を○で囲み詳しくご記入ください

・発熱 (いつ _____ 最高 _____℃) ・だるい _____

解熱剤使用 なし・あり (_____ 時頃) ・関節痛 _____

・咳 _____ ・痰 _____ ・鼻水 _____ ・鼻づまり _____ ・くしゃみ _____

・頭痛 _____ ・のどの痛み _____ ・腹痛 _____ ・便秘 (_____ 日間)

・吐気 ・おう吐 (_____ 回・ いつ _____) ・下痢 (_____ 回) ・軟便 (_____ 回)

・乾燥 _____ ・かゆみ _____ ・じんましん _____ ・発疹 (水ぼうそうの疑いあり・なし)

・湿疹 _____ ・ いつもの薬希望 (_____)

その他 [_____]

登園(登校)許可書 ・ 病児保育用紙希望 ・ 検査の結果

◆当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をおねがいたします。

マイナ受付された方…マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい・いいえ

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算 1 4 点 加算 2 2 点

医師記入欄 初診・再診・薬なし・**抗**なし

血算・CRP・生化・x-p・検尿

メプチン () RS () コロナ () インフル ()

アレベール () ヒトメタ () コロナ抗原 ()

ボスミン () アデノ () PCR ()

生食 () 溶連菌 () インフル ()

肛門刺激 浣腸 (ml)

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所	TEL () -		
フリガナ			
予防接種を受ける人の氏名	男	生年	年 月 日生
(保護者の氏名)	女	月 日	(歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 3. 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ 7. などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
①前回受けたのは(年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことが ありますか	ある(症状: ある(予防接種名: (症状:)	ない ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか ("ある"の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか	ある(具体的に)	ない	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ("ある"の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	ある (ごろ 回くらい) (最後は 年 月ごろ)	ない	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ことがありますか	はい() °C	いいえ	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬、食品名)	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(予防接種名)	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に
基づく救済について、説明した
医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)
本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時			
	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6カ月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	実施場所	うえむらこども医院		
		医師名			
		接種日時	年	月	日 時 分

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群。なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

〈予防接種を受けることができない人〉

- ① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不相当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

- ① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
- ③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。