

問 診 票 (0歳～3歳用)

お名前： _____ 男 女

生年月日：平成・令和 年 月 日生 (歳 か月、年少 年中 年長、小 中 年生)

記載者： _____ 続柄 () 記載日：令和 年 月 日

質問がたくさんありますが、この資料をもとに、よりよい診療を受けていただけるよう、準備をしたいと思しますので、最後までどうぞよろしくお願いいたします。

1. 今回の相談内容について、具体的にお書きください。(足りなければ別紙にお書きください。)

2. 当センターのことは、どのようにして知りましたか。

紹介されたので (誰に _____) 自分で調べて (ホームページ 広報)

3. かかりつけ医はどこですか。

施設名 (_____) (_____) 科 (_____) 先生

施設名 (_____) (_____) 科 (_____) 先生

施設名 (_____) (_____) 科 (_____) 先生

4. 当センターを受診されるまでの経過を、具体的にお書きください。

(いつ頃から、どんな症状があり、いつ、どこに相談し、どのようなアドバイスや治療を受けた など)

• いつごろ

• どんな症状

• どこへ相談

• どんなアドバイス

5. 今までの子育てで、前ページ4以外で、心配なことや、困ったことがありましたらお書きください。
(例: 3か月頃、体重が増えなかった、10か月頃、お座りが遅かった、1歳頃、かんしゃくがひどかった)

6. 今までの健診で指摘を受けたことがありますか。○をつけて下さい。

4か月健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)
7か月健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)
1歳半健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)
3歳健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)
園の健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)
学校検診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 眼科 耳鼻科 その他_____)

7. 過去に当センターに受診したことが：なし あり(いつ _____)

8. 現在も含めたこれまでの保育・教育歴についてお書きください。

()保育園・幼稚園 (歳～ 歳)

()小学校(通常級 情緒 知的 通級)()中学校(通常級 情緒 知的 通級)

()特別支援学校 ()特別支援学校

転校：なし あり(いつ どこからどこへ _____)

受けたことがある相談：教育相談 就学相談 (いつ _____)

教育相談・就学相談との連携、情報提供を行ってよいでしょうか。可 不可

9. 手帳や医療証をお持ちですか。○をつけてください。

身体障害者手帳 (種別: 視覚 聴覚 言語 肢体 その他_____) ()級

療育手帳 等級() 精神障害者保健福祉手帳 ()級

子ども医療証 重度障害者医療証 ひとり親家庭医療証

10. 以下の機関を利用されたことがありますか。○をつけてください。

訪問看護 ヘルパー ショートステイ 放課後デイサービス

他機関のりハ(PT OT ST 心理) 施設名(_____)

その他(_____)

11. 妊娠・出生～現在について、母子手帳で確認しながらご記入をお願いします。○をつけてください。

妊娠中

妊娠中の異常 なし あり(内容:)
 妊娠中のたばこ(あり なし) お酒(あり なし)

出生時

お母さまの年齢()歳 お父さまの年齢()歳

予定日(H・R 年 月 日) 妊娠期間(週 日)

分娩方法: ぶんべんほうほう自然分娩 しぜんぶんべん吸引分娩 きゅういんぶんべん帝王切開 ていおうせっかい

体重()g 身長()cm 頭囲()cm

出生時の異常 なし あり(内容:)

新生児期

保育器(日目から 日間)、おうだん黄疸(普 中 強)、こうせんりょうほう光線療法()日間

人工呼吸器(日目から 日間)

新生児期の異常 なし あり(内容:)

栄養: 母乳・人工・混合・チューブ栄養(あり・なし)

発達

首のすわり()か月 寝返り()か月 ひとりでお座り()か月

はいはい()か月 つかまり立ち()か月 ひとり立ち()か月

始歩()歳()か月

あやすとわらう()か月 「バー」「ブー」などの繰り返し()か月

「ワンワン」など意味のある言葉()歳()か月

「ワンワンいた」などの二語文()歳()か月

予防接種

接種したものに○をつけてください。

BCG 4種混合 ロタウイルス ヒブ 肺炎球菌 MR(麻疹・風疹) B型肝炎 水痘 おたふく

今までにかかった病気

○をつけてください。

熱性けいれん てんかん ずいまくえん髄膜炎(細菌性 無菌性) 事故 頭部外傷 骨折

アレルギー: 食品() 薬品()

その他()

アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 気管支喘息 肺炎 中耳炎

その他()

長期入院

なし あり 病名() (いつ: 期間:)

病名() (いつ: 期間:)

受けたことのある検査

○をつけてください。

せんてんたいしやいじょう先天代謝異常スクリーニング ちようかく染色体 新生児聴覚スクリーニング 脳波 CT MRI(部位)

発達・心理検査(種類:) (いつ:) (結果:)

現在かかっている病気

()

内服中の薬

[]

医療的な処置 行っている処置すべてに○をつけてください。

気管切開 人工呼吸器 在宅酸素 吸引 吸入 経鼻チューブ 胃ろう 腸ろう
バクロフェン髄注 その他()

12. 家族構成をご記入ください。(受診されるお子さま以外をご記入ください。)

氏名	続柄	生年月日	年齢	保・幼・学校・職業

- ・ お母さまは現在妊娠していますか。 はい(予定日 令和 年 月 日) いいえ
- ・ 家族内で他に心配事がありますか。 あり なし
- ・ ご家族、親族の方で、病気・障害をもっている人がいますか。(誰)
知的障害 てんかん 自閉症 発達障害 脳性麻痺 筋疾患 聴覚障害 視覚障害
その他()
- ・ ご家族で当センターを利用した人がいますか。 はい(誰) いいえ
- ・ 育児のサポートをしてくれる人はいますか。 はい(誰) いいえ

13. 通院方法は何ですか。○をつけてください。

徒歩 公共交通機関 (モノレール バス JR) 自家用車(運転者)
時間()位

14. 受診目的は何ですか。○をつけてください。最も必要なもの一つに◎をつけてください。

状態を知りたい 訓練・療育を受けたい 対応の仕方を知りたい 診断を知りたい
手術を受けたい 装具を作りたい 薬物治療を受けたい 診断書を書いてもらいたい
その他()

15. 紹介元から受診を勧められた科があれば、一つに○をつけてください。

(初回は一つしか予約ができません。)
なし 言語 心理 小児科 精神科 整形外科 理学 作業 眼科 耳鼻科 歯科 泌尿器科 摂食嚥下

16. その他何かありましたら、お書きください。

[]

ことば・コミュニケーション

- <要求の方法> 泣く ぐずる 発声 ジェスチャー(指差し、手を引く)
単語で言う(「ジュース」など) 文章で言う(「ジュースのみたい」など)
言葉の遅れがある 発音がはっきりしない どもりがある オウム返し of 応答が多い
耳の聞こえが心配 名前を呼んでも振り向かない 何度注意しても分からない
話が続かない 一方通行に自分の言いたいことだけを言う 興味あるものに指差ししない
視線が合いにくい その他()

行動・遊び

- 他の子どもに興味がない ごっこ遊びをしない まねをしない
人見知り・後追いをしない(しなかった) 人見知りのはげしい
つま先で歩くことが多い 手をひらひらさせる
普段どおりの状況や手順が変わるといやがる こだわった行動、興味、お気に入りのものがある
好きな遊び(内容:)
興味、こだわり、お気に入りのもの(内容:)
特定の音や声、痛み、熱さ、味、匂い、明るさ、手触りなどに敏感であったり、鈍感であったりする
落ち着きがない よく迷子になる 手をつないで歩くことができない
物を見るときに、目を細めることや近づくことがある かんしゃくが多い
自分の体をたたいたり、かむなど自傷がある 不安を示すことがある
きらい・怖がる事など(内容:)
その他()

保育園・幼稚園での様子 (入園した年齢 歳 か月)

- 入園してから慣れるのに時間がかかった 園に行くのをいやがる 園からなかなか帰らない
友達と仲良く遊べない 友達と同じ行動が苦手 先生の話最後まで聞けない
園でしゃべらない(家ではしゃべる)
運動会などの行事の様子を教えてください。
()
他に園での様子で心配がありますか。
()

その他

()