

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、準備をしたいと思っておりますので、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)

- izzoo
- 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

他機関のリハ(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：自然分娩 ぶんべんほうほう 吸引分娩 しぜんぶんべん 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。

せんてんたいしゃいじょう 先天代謝異常スクリーニング 染色体 脳波 CT MRI（部位 ）

ちようかく 新生児聴覚スクリーニング（自動ABR・OAE）

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 オウム返しの応答が多い
 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） 人見知りがはげしい
 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
 きれい・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

（ ）