

問 診 票

お名前： _____ (男 ・ 女)

生年月日： 20 年 月 日生 (歳 か月、年少 年中 年長、小 中 高 年生)

記載者： _____ 続柄 () 記載日： 20 年 月 日

当センターでは初診で受診できる科は原則一つのため、問診票への記載内容をもとに受診科を決定させていただきます。

よりよい診療を受けていただけるよう準備をいたしますので、最後までご記入いただきますようよろしくお願いいたします。

1. 今回、受診されたのはどのような心配事のためですか。

[_____]

心配事について、受診されるまでに経過があれば、いつどこに相談し、どのようなアドバイスや診断・治療を受けたかをお書きください。

- [
- ・いつどこに相談
 - ・どのようなアドバイスや診断・治療
-]

※相談された機関との連携・情報共有を行ってよいですか。○をつけてください。 可 ・ 不可

2. 当センターへの紹介であれば、紹介機関をお書きください。

紹介機関名 () 主治医または担当者 ()

3. 今回の受診で相談したい内容に☑を入れてください

- 首がすわらない お座りができない 歩かない 歩き方が気になる 不器用
食事(ムセやすい、偏食) 睡眠の乱れ 排泄(トイレトレーニング) 目の見え方
耳の聞こえ 呼んでも振り向かない ことばの遅れ 発音が不明瞭 どもる
衝動的な行動 落ち着きがない 注意が散漫 こだわりが強い かんしゃくがある
気持ちや行動の切り替えが難しい コミュニケーションが苦手 人とのかわりが苦手 集団が苦手
読み書きが苦手 学校の勉強についていけない
不登校 他人を傷つける言葉や行動がある 自分を傷つける

4. 上記の内、一番に相談したい内容 1 つを○で囲んでください

5. 今回の受診目的1 つに☑を入れてください。

- 対応を知りたい 診断名を知りたい ※発達・知能検査の受検歴 (有 / 無 / 予定あり)
薬物療法を受けたい 装具を作りたい
当センター事業(にこにこ通園・きらきら通園・ナイスデイ・こあら入所・ショートステイ)を利用したい

6. 今までの健診で指摘を受けたことがありますか。○をつけてください。

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歳児健診	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_____)
学校健診	なし あり (視力 聴力 歯・口腔機能 その他_____)

7. 今までの子育てで前ページ1以外に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)

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。○をつけてください。

- (園名: _____) 保育園所・幼稚園・こども園 (_____ 歳～ _____ 歳)
- (校名: _____) 小学校 (通常級・特別支援学級情緒級・知的級) 通級を利用
- (校名: _____) 中学校 (通常級・特別支援学級情緒級・知的級) 通級を利用
- (校名: _____) 高等学校 通級を利用
- (校名: _____) 特別支援学校

9. 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 ショートステイ 児童発達支援事業所 放課後等デイサービス 相談支援事業所
 施設名 (_____) リハビリ職種 (PT OT ST 心理)

10. 家族構成をご記入ください。(受診されるお子様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

1 1. 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 自閉スペクトラム症 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

1 2. 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。

妊娠中

妊娠中の異常 あり (内容:)・なし

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 (20 年 月 日) 妊娠期間 (週 日)

分娩方法: 自然分娩 吸引分娩 帝王切開

体重 () g 身長 () cm 頭囲 () cm

出生時の異常 あり (内容:)・なし

新生児期

保育器 (日目から 日間)、 黄疸 (普通・中・強)、 光線療法 () 日間

人工呼吸器 (日目から 日間) 新生児期の異常 あり (内容:)・なし

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 つたい歩き () か月

ひとり立ち () か月 歩き始め () 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

食事 当てはまるものに○をつけてください

好き嫌いが激しい ミルクを飲まない・飲めない 離乳食を食べない ひんぱんにムセ込みがある

よく噛まない スプーンから取り込むときにくちびるが閉じない

口の中のものを飲み込むときに口が閉じない その他 ()

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
日本脳炎 HPV

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 髄膜炎（細菌性・無菌性） 事故 頭部外傷
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

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。

先天代謝異常スクリーニング 染色体 脳波 CT MRI（部位 ）
新生児聴覚スクリーニング（自動 ABR ・ OAE）
発達・知能検査（種類： ）（いつ： ）（結果： ）

現在かかっている病気・ついでいる診断名 ○をつけてください。

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（ ）

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（ ）

13. その他、何かありましたらお書きください。

[]

質問は以上になります。ありがとうございました。

精神発達面・行動面を相談したい保護者の方へ

所属の園/学校/児童発達支援施設/放課後等デイサービス等にご依頼ください

北九州市立総合療育センター

新患外来 担当者 宛

紹介状

子どもの氏名（ふりがな）・生年月日： _____ ・ _____ 年 _____ 月 _____ 日生

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____

施設長名： _____

担当者名（所属・職種）： _____ （ _____ ・ _____ ）

紹介目的・主旨： _____

経過： _____

現在の様子： _____

現在行われている配慮や支援： _____

保護者様と話されている内容： _____

知能検査：（結果添付をお願いします）

IQ/DQ（ _____ ） 方法（ _____ ） _____ 年 _____ 月 _____ 日