

# 問 診 票

お名前： \_\_\_\_\_ (男 ・ 女)

生年月日： 20 年 月 日生 ( 歳 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。

- ☐ 親子通園で子育てや対応について学びたい
- ☐ 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 ☐ その他 (内容： \_\_\_\_\_)

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 |
|----|----|------|----|-----------|
|    |    |      |    |           |
|    |    |      |    |           |
|    |    |      |    |           |
|    |    |      |    |           |
|    |    |      |    |           |

11. 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

12. 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」「プー」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やケガ** ○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・ついている診断名** ○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。

医療機関・相談機関等の皆様へ

北九州市立総合療育センター  
所長 鳥越清之

情報提供のお願い

平素よりお世話になっております。

当センターでは、本人・家族の相談内容に基づき、本人の現在の状況や特性を多角的に評価し、状態像の整理を行っています。評価は、外来での面談や観察、関係機関からの情報などを総合的に踏まえたうえで実施しています。

そこで、適切な評価を行うために、関係機関の皆様には、情報をご提供いただきますようお願い申し上げます。

情報提供書の内容は、以下の項目を目安としていただけると幸いです。

(ホームページに参考様式を準備しております)

- ・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内容
- ・保護者様と話されている内容（本人の状態像について、当センター受診に関してなど）
- ・知能検査の結果（実施した場合のみ）

※ WISC 検査などの結果については、『合成得点プロフィール』のみではなく、『下位検査の評価点プロフィール』も提供いただきますようお願い申し上げます。

ご不明な点がございましたら、当センター地域支援室の医療ソーシャルワーカーまでご連絡下さい。

よろしくお願いいたします。

問い合わせ先：総合療育センター地域支援室  
医療ソーシャルワーカー  
TEL 093-922-6886(直通)

せいしんはったつめん こうどうめん そうだん ほごしゃ ほう  
精神発達面・行動面を相談したい保護者の方へ

しょぞく えん・がっこう・じどうはったつしえんしせつ・ほうかごとう など ごいらい  
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

## 情報提供書

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