

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、一番に相談したい内容を○で囲んでください。

- ☐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. 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 ☐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

5. 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_____)

6. 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)

7. 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。

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

8. 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)

9. 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

10. 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

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。

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 ひんば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・心理検査（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（ ）

12. 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。