

# 問診票

お名前：\_\_\_\_\_ (男) • (女)

生年月日：20 年 月 日生 ( 嵩 ) 歳 か月、 年少 年中 年長、 小中高 年生)

記載者：\_\_\_\_\_ (つづきがら 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ひいたします。

## 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  ある  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. 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・ナイスディ・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すならお書きください。

(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 ( 年～ 年)
- ( ) 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

予定期 (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 ひんぱんにムゼ込みがある

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 隹膜炎 (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。