

# 問診票

なまえ

お名前 : \_\_\_\_\_

(男) • (女)

せいねんがっぴ 生年月日 : 20 年 月 日生 ( 嵩 ) 歳 か月、 年少 年中 年長、 小中高 年生)

きさいしや 記載者 : つづきがら 続柄 ( ) 記載日 : 20 年 月 日

とう 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。

（ ）

（ ）

※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。

□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	行動	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す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	つづきがら 続柄	せいねんがっぴ 生年月日	ねんれい 年齢	ほようがっこう 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・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。**

せいしんはつめん 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・じどうはつめん ほごしゃ など  
**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