

問診票

記入日: 年 月 日 記入者:

ふりがな 名前	男 女	生年月日(年齢) 年 月 日 歳 か月
所属(幼保園, 学校(学年), 学級, 療育機関など)	習い事、部活動など	
手帳(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳) 等級	福祉用具(装具・座位保持装置など)	

受診について

気になる事・困っている事
いつから気になったか・どのように対応してきたか
受診に至った経緯(紹介先・クリニックについて何で知ったかなど)

成育歴

妊娠 分娩	妊娠中の異常(無・有)記入例: 高血圧・蛋白尿・精神状況など 薬の使用(無・有)薬品名: / タバコ(無・有) / お酒(無・有) 分娩経過(自然分娩・帝王切開)(頭位・骨盤位。)出産場所() その他
新生児期	在胎(週) 出生時体重(g) 特別な所見・処置(無・有)記入例: 仮死、酸素を使った、保育器に入ったなど その後の経過中の異常(無・有)記入例: 黄疸 新生児聴力検査(無・有)、新生児マススクリーニング検査の異常(無・有)
乳幼児期	<u>運動の発達</u> 首のすわり(か月) 寝返り() ひとり座り() ハイハイ() つかまり立ち() 伝い歩き() ひとり歩き() <u>ことば・社会性の発達</u> 喃語(か月) 人見知り(か月) 始語() 二語文()

その他	<u>発達で気になることがあれば自由にお書きください。</u>
-----	---------------------------------

これまでに かかった 病気	はしか・百日咳・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ アレルギー その他・入院・手術・大きな病気等： <u>治療中の病気と服薬の有無</u> 採血の経験（無・有）		
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(プレベナー) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 桿菌(ヒブ) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく		
健診 ・ 相談歴	<u>今までに受けた乳幼児健診</u> <input type="checkbox"/> 3～4か月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 2歳児歯科健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他() <u>乳幼児健診・発達相談・療育機関へ相談されたことがあったら記入してください。</u>		
	いつ	どこで	相談・指摘された内容

家族状況 (同居家族・子どもに普段よく関わる方)

氏名	続柄	生年月日(年齢)	状況	所属(職業・学校)、特記事項(体調など)
			同居 別居	
			同居 別居	
			同居 別居	
			同居 別居	
			同居 別居	
			同居 別居	
			同居 別居	

◇お子さんと主に来院される予定の方

◇他に来院に協力して下さる可能性がある方

◇家族の病気の有無

生活状況

◇だいたいの1日の過ごし方をご記入ください

0 3 6 9 12 15 18 21 24

場所・人 例 自宅・母 保育園・先生	
していること 例： ごはん・お昼寝 お風呂・遊び	

◇病院からの連絡先、日中に連絡が取りやすい時間

名前 (続柄:)	電話番号
------------------	------

◇連絡が取りやすい時間

◇親族・他機関との情報共有・情報提供についてご希望があれば記入してください