

小児科初診問診票 ②

記入日：20 年 月 日

お子様の名前(ふりがな)： (男・女)
記入者とお子さんの関係： 母 父 その他 ()

●生年月日：20 年 月 日生 (歳 ヶ月)

●体重：(kg)、身長(cm)

〒

●住所：

●連絡先：TEL (父・母・その他)

※平日 (8:30~17:00) 連絡可能時間

●所属： 小学校・その他 ()

特別支援学級 (肢体 ・ 知的 ・ 情緒 ・ 病弱 ・ 難聴 ・ 弱視)

通級指導教室の利用 (なし ・ あり ・ 検討中)

家族構成

父：名前 () 年 月 日生 (歳) 職業 ()

母：名前 () 年 月 日生 (歳) 職業 ()

兄弟については出生順位を教えてください

1 20 年 月 日生 (歳) (男・女) 第 子

2 20 年 月 日生 (歳) (男・女) 第 子

3 20 年 月 日生 (歳) (男・女) 第 子

他に同居されている方 ()

これまでにかかった病気について

ひきつけをおこしたことがありますか。 いいえ はい (内容・時期)

手術や入院をしたことがありますか。 いいえ はい (内容・時期)

大きな病気・慢性的な病気がありますか。 いいえ はい ()

現在の状況について

現在薬を服用していますか。 いいえ はい (内容)

薬や食べ物のアレルギーはありますか。 いいえ はい ()

ご家族(親族)の健康状態

持病をお持ちの親族はいらっしゃいますか。

なし あり (どなたが・病名；)

その他、お伝えいただいた方がよい内容があればご記入ください。

()

相談内容についてお聞かせください

発達やリハビリの相談は誰かに勧められましたか？： はい いいえ

はいと答えられた方→医師 保健師 所属先の先生 その他（ ）

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

今回の診察はご家族と相談されていますか？： はい いいえ

はいと答えられた方→ご家族と心配ごとが 一致している 一致していない

いいえと答えられた方→心配をかけたくない 反対されそうである

その他（ ）

通院手段

自家用車 タクシー 福祉サービス その他（ ）

相談内容（当てはまる項目すべてに☑を記入してください）

勧められたので連絡したが、まだ具体的な相談内容はない

学習面（読み、書き、計算など）

体の動かし方（縄跳び・跳び箱・鉄棒などが難しい、ケンケンや片足立ちなどが難しいなど）

手先の使い方（スプーン、箸、ハサミ、鉛筆など）

行動に関すること（危ないことをしたがる、こだわりがあるなど）

ことば・コミュニケーション（話す言葉が少ない、人とのやりとりが難しい、どもり・発音など）

お友達との関係（関わろうとしない、お友達との距離が近すぎる、一方的な関わりになるなど）

集団生活（学校生活に馴染みにくいなど）

身の回りのこと（トイレ・着替え・片付けなどで上手にできないことがあるなど）

食事・偏食に関すること（上手く噛めない、丸飲みしてしまう、偏食がひどいなど）

睡眠に関すること（なかなか寝付けない、朝の寝起きが悪い、夜中に何回も起きるなど）

子育てに関すること（お子さんへの接し方など）

進学や学校の支援に関すること

その他（ ）

☑項目について具体的にご記入ください

そのことに対して、今までに当院以外で受診・診断を受けたことがありますか。

なし あり 病院名（ ）

診断名（ ）

今までに発達検査を受けたことがありますか。

なし あり 検査名（ ）

検査年月日（ 年 月 日）

どこで（ ）

今までの経過・現在の状況についてお聞かせください

妊娠・出産について

①妊娠中の状態

- 健康 妊娠前から持病がある（どんな病気ですか）
たんぱく尿 高血圧 切迫流産 妊娠性糖尿病 その他（
飲酒（ほぼ毎日・時々・機会飲酒） 喫煙（1日 本）
内服（何を） 愛玩動物（何を

②出産の状態

- 在胎週数：（ ）週、出生時体重：（ ）g
経膈分娩 吸引分娩 帝王切開 その他（
出生した病院（ 県 ）病院・医院
出生後すぐに泣きましたか。
すぐ泣いた 泣かなかった その他（

③出生後1ヶ月までの様子

- 強い黄疸はありましたか。：なし あり（治療方法；
赤ちゃんのミルクの飲みはどうでしたか。 普通 悪くて困った 鼻のチューブから入れた
呼吸障害はありましたか。なし あり（酸素投与・マスクで人工呼吸器・挿管された
耳の聞こえの検査や代謝スクリーニングで指摘がありましたか。
なし あり（

健診について

- 健診で指摘されたことがありますか。
なし 要経過観察 あり（ ヶ月・歳頃；内容

乳幼児期の発達（母子手帳などを参考に、可能な範囲でご記入下さい）

【運動面】 *記入例 寝返り：（ 6ヶ月 ）

- 首の座り（ ）、寝返り（ ）、1人座り（ ）、はいはい（
つかまり立ち（ ）、1人歩き：（

【言語面】

- 初めて言葉がでた（ ）、意味のある言葉を3個以上話す（
二語文（

その他、言葉について気になることがありましたか。

- よくしゃべる どもり 発音の問題 言葉が少ない その他（

【生活面】

- 【食事】 問題なし 食べ物の好き嫌いが多かった 少食だった 途中で遊んでしまう
食べさせる必要があった 箸が苦手だった

【排泄】 問題なし なかなかおむつが外れなかった 夜尿があった（ある）

【睡眠】 問題なし 心配あり（具体的に；

【集団生活】

初めての集団生活はいつからですか。 （ ）ヶ月・歳 幼稚園・保育所・託児所

初めての集団生活にすぐ慣れましたか。 はい いいえ（

同じ年頃の子ともうまく遊べましたか。はい いいえ（

【その他】どんなお子さんでしたか。(当てはまる項目すべてに☑を記入してください)

- 育てやすい 育てにくい 人見知り 誰にでもなつく 運動が苦手 音に敏感
癪が強い マイペース まじめ 頑固 落ち着きがない かんしゃくもち 繊細
外出先で迷子になりやすい 初めての事や場所は苦手 特定の習慣にこだわる
その他 ()

学校に入ってから

【学習】成績は(上位・中位・下位)

得意科目() 苦手科目()

学習面で気になることはありますか。

読み・書き 文章理解 集中力・ケアレスミス その他()

【生活】

出席状況：遅刻・早退が多い 時々休む 不登校 保健室・フリースクール

提出物：自分でする 声掛けすればできる 家族が手伝う

【その他】学校以外の活動はありますか。

部活() 塾・習い事() 学童

現在・これまでの利用機関についてお聞かせください

【かかりつけ医】

() 病院・医院 () 科 主治医() 先生

() 病院・医院 () 科 主治医() 先生

【療育施設】*児童発達支援・放課後等デイサービスなど

事業所名() 頻度()

【リハビリ】

機関名() (内容・頻度；)

【就学歴】

幼稚園・保育園()

小学校() 特別支援学級・通級指導教室・特別支援学校

現在、所有されている手帳や手当の状況をお聞かせください。

所有されている項目を選択し、種別・級の記載をお願いします。

【手帳】

療育手帳 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉

(A・B) 障がい種別() () 種() 級 () 級

【手当】

特別児童扶養手当 障がい児福祉手当

() 級

【医療費助成】

自立支援医療 福祉医療費 小児慢性特定疾病

(疾患名)

ご協力ありがとうございました。
出雲市民リハビリテーション病院