

小児科再受診問診票 ①

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： 保育園・幼稚園・その他 ()

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 ()

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

【福祉サービス】

児童発達支援 ()

相談支援 移動支援 日中一時支援 保育所等訪問支援

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 () 級 障がい児福祉手当

【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)

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いたします。

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（ ）

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

運動発達（お座りができない、歩き始めるのが遅いなど）

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（高いところに上りたがる、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（保育園・幼稚園・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）

就学・就園に関すること

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（ ）

当院以外で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

乳幼児期の発達について

※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、言葉で気になることがありますか。
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】 現在の食事の形態(経口・注入)

・ミルク(量・回数):()
・離乳食(回数);初期食・中期食・後期食()
離乳食の開始(いつから) 箸の使用(いつから)

その他気になることがありますか。

好き嫌いが多い 少食 途中で遊んでしまう 食べさせる必要がある

【排泄】 自立 トイレニング中 未自立(おむつ使用 一日 夜のみ)

【睡眠】 問題なし 心配あり(具体的;)
昼寝 なし あり(時間帯;)

【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すか。 はい いいえ()

【その他】

どんなお子さんですか。(当てはまるものいくつかでも)

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()

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