

小児科再受診問診票 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 ()

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

【就学歴】

幼稚園・保育園 ()

【福祉サービス】

児童発達支援 ()

放課後デイサービス () 現在利用中 ・ 過去に利用していた

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 (A・B) 身体障害者手帳 障がい種別 () () 種 () 級 精神障害者保健福祉 () 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

学習面 (読み、書き、計算など)

学校に行きたがらない

手先の使い方 (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 (片付け・生活リズムなどでスムーズにできないことがあるなど)

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)

将来に関すること

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

小学校

【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したか。

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したか。

部活 () 塾・習い事 () 学童

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