

初診日 /

希望が丘子ども医療福祉センター 小児科問診票

記入年月日:令和 年 月 日

記入者氏名: (続柄)

| | | | |
|------|--|-----|------------|
| フリガナ | | | 〒 |
| お名前 | | 男・女 | 住所 |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日生 (歳 か月) | 連絡先 | 自宅: 携帯: |
| 所属 | (保育園・幼稚園 年少・年中・年長) (小・中・高 年生 普通学級・特別支援学級(知的/情緒)・特別支援学校) | | |

■今までにかかったことのある病気などについておたずねします

| | |
|----------------------|---|
| ●けいれん/ひきつけをおこしたことがある | 【 ない・ある → (時期: 程度:)】 |
| ●アレルギーがある | 【 ない・ある → (時期: 程度:)】 |
| ●今までに入院治療をしたことがある | 【 ない・ある → (病名:)】 |
| ●常時服用する薬がある | 【 ない・ある → (薬名:)】 (医療機関名:)】 |
| ●リハビリを受けたことがある | 【 ない・ある → (時期:)】 (医療機関名:)】 * リハビリ種別: PT(理学療法)/OT(作業療法)/ST(言語聴覚療法) * 現在リハビリを (継続中 / 既に終了) |
| ●発達障がいと診断されたことがある | 【 ない・ある → (診断名:)】 (医療機関名:)】 |

■以下の検査を受けたことがありますか

| | |
|--------------|--|
| ●脳波検査 | 【 ない・ある → (年齢: 実施機関: 結果:)】 |
| ●CT・MRI | 【 ない・ある → (年齢: 実施機関: 結果:)】 |
| ●発達検査・知能検査 | 【 ない・ある → (年齢: 実施機関: 結果:)】 * 検査名: WISCⅢ又はⅣ / 新版K式発達検査 / 田中ビネー / その他 / 不明 |
| ●療育手帳をお持ちですか | 【 ない・ある → (次回更新日: 年 月)】 |

■相談歴についておたずねします

- 保健センターや各種相談・支援センター等への相談歴がある方は記入してください。

| 相談期間 | 相談機関名 | 相談内容 |
|------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- 療育センター等への通園歴がある方は記入してください。

| 通園期間 | 療育機関名 | 指導内容(個別指導・集団指導等) |
|------|-------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

■受診にあたって

- お困りのことは何ですか。また、いつ頃から始まりましたか。

- これまでどのような対応をされてきましたか。

- 診察で期待することは何ですか。

- 診断希望 リハビリ希望 セカンドオピニオン 薬物治療
相談(家族の対応の仕方) 相談(進学、学校関連) 検査希望
その他 { }

- 期待することを具体的にお書きください。

- 受診にあたり、お子様にどのように説明しましたか。

■妊娠中の様子についておたずねします

- 妊娠中毒症 【 ない ・ ある → (蛋白尿 ・ 糖尿 ・ 高血圧) 】
- 切迫流産・早産 【 ない ・ ある → (妊娠 か月) 】
- 感染症 【 ない ・ ある → (発熱 ・ 風疹 ・ その他)】
- 基礎疾患 【 ない ・ ある → (糖尿病 ・ てんかん ・ 精神疾患 ・ その他)】
- 薬剤の使用 【 ない ・ ある → ()】
- 喫煙 【 吸わない ・ 吸う → (本/日) 】
- アルコール 【 飲まない ・ 飲む → (ビール 本/日)(酒 本/日)(その他)】

■出産時の様子についておたずねします

- 在胎週数 【 週 (安産 ・ 難産 → (内容)】
- 新生児仮死 【 ない ・ ある 】
- 出生時の状況 【 体重 g/身長 cm/頭囲 cm/胸囲 cm 】
- 保育器の使用 【 ない ・ ある → (試用期間 日) 】
- 黄疸の有無 【 ない ・ ある → (光線治療を受けた期間 日) 】
- 哺乳力 【 良好 ・ 普通 ・ 不良 】

■0歳～2歳の様子についておたずねします

- 首のすわり (か月)
 - はいはい (か月)
 - 始語 (歳 か月)
 - 2語文 (歳 か月)
 - おすわり (か月)
 - ひとり歩き (歳 か月)
 - おむつはずれ (歳 か月)
- 0歳～2歳の間で気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください。
- 人見知り(8～9か月)がなかった
 - 後追いがなかった
 - 抱っこしていないと寝ない
 - 不機嫌でいることが多かった
 - 視線が合わない
 - 名前を呼んでも振り向かない
 - 抱っこを嫌がるまたは抱きにくいと感じる
 - その他、育てにくいと感じることがある
- 具体的な様子
-
- 乳幼児健診(4か月/10か月/1歳6か月/3歳児健診等)で指摘されたことがありますか。【 ない ・ ある 】
- 月齢と指摘された内容について
-

■ 幼児期の様子についておたずねします

● 幼児期で気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください。

落ち着きのなさ(歳頃)

具体的な様子

人やテレビの動作の真似をしない 表情が少ない

指さしをしない ごっこ遊びをしない

几帳面だと思ふことがある(例:ものをきれいに並べる、積み上げないと気がすまないなど)

具体的な様子

音に敏感に反応する 大きな音に驚かない

触覚が敏感(例:水、粘土、絵の具などに触れることを嫌がる、泥遊びを嫌がるなど)

痛みに敏感または鈍感 食べ物の好き嫌いが極端である

強いこだわりがある(例:道順にこだわる、数字やマークにこだわる)

記憶力がすごく良い クルクル回ることが好き

初めての場所や人が苦手である

癩癩(かんしゃく)がひどい 一人で遊ぶことを好む

言葉が遅い

その他、しつけがしにくいと感じることがある

具体的な様子

● 通園状況についてご記入ください

【保育園・幼稚園】

| 通園期間 | 保育園・幼稚園名 | 保育士の加配やその他の支援の有無 |
|------|----------|------------------|
| | | |
| | | |

● お友だちとの集団行動での様子、特徴、気になる点などあればお書きください。

■学童期の様子についておたずねします

●学習面等で気になった、または周囲から指摘されたことのあるものにチェックし具体的に記入してください。

| | | |
|----------------------------------|--------|---|
| <input type="checkbox"/> 読み書き | (具体的に: |) |
| <input type="checkbox"/> 計算 | (具体的に: |) |
| <input type="checkbox"/> 極端な不器用さ | (具体的に: |) |
| <input type="checkbox"/> その他 | (具体的に: |) |

●現在の学習成績と評価についてお書きください。(成績表の評価、テストの点数など)

| |
|--|
| |
|--|

●お友だちとの集団行動での様子、特徴、気になる点などあればお書きください。

| |
|--|
| |
|--|

●通学状況についてご記入ください

| 通学期間 | 学校名 | 普通・通級・特別支援学級(知的/情緒)等 |
|------|-----|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

■現在の生活状況についておたずねします

●食事に関して気になることがあれば記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

●排泄に関して気になることがあれば記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

●睡眠に関して気になることがあれば記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

●家庭での遊びの内容について記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

■家族構成(続柄はお子様からみた関係をご記入ください)

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 同居・別居 | 職業・学校など |
|----|----|------|-------|---------|
| | | | 同・別 | |
| | | | 同・別 | |
| | | | 同・別 | |
| | | | 同・別 | |
| | | | 同・別 | |
| | | | 同・別 | |
| | | | 同・別 | |
| | | | 同・別 | |

●ご家族、ご親族で病歴のある方は【 いない・いる 】

(続柄: 診断名:)

(続柄: 診断名:)

(続柄: 診断名:)

情報提供依頼書

平素は大変お世話になっております。
このたび、貴施設に通っておられますお子さんが当科を受診されます。
つきましては、診療を正確かつ円滑に進めるに当たり、以下の項目について教えていただきたく存じますので、よろしくお願いいたします。

岐阜県立希望が丘子ども医療福祉センター 小児科

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入施設 所在地： _____

名 称： _____

記 入 者 職 種： _____ 氏 名： _____

| 児 童 氏 名 | 生 年 月 日 | 年 月 日 (歳) |
|---|---------|-------------|
| 貴施設における 相談や支援の 経緯 | | |
| 貴施設における 本児の様子 | | |
| 以下については、当所受診を勧められた場合に記載してください。 | | |
| 当所受診を 勧められた理由 | | |
| 当所へのニーズ (診断、検査、リ ハビリ、療育への アドバイスなど) | | |

※貴施設において所定の様式がある場合は本様式に代えることができますが、上記項目について記載をお願いします。

希望が丘子ども医療福祉センターへの情報提供に同意します。

保護者署名 _____