

初診日 /

希望が丘こども医療福祉センター 児童精神科問診票

記入年月日: 令和 年 月 日

記入者氏名: (続柄)

フリガナ		男・女	住所	〒
お名前				
生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)	連絡先		自宅: 携帯:
園・校名	保育所・幼稚園・こども園 小学校・中学校・高校・特別支援学校			
学年 所属等	未満児・年少・年中・年長 / 年生 通常学級・通級指導教室利用(言語 / LD、ADHD)・特別支援学級(知的 / 自閉・情緒)			

■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

●アレルギーがある	【 ない・ある → (時期: 何に対して:)】
●大きな病気や怪我をしたことがある	【 ない・ある → (内容:)】
●かかりつけの小児科がある	【 ない・ある → (医療機関名:)】
●常時服用する薬がある	【 ない・ある → (薬名:) (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:)】
●CT・MRI	【 ない・ある → (年齢: 実施機関:)】
●発達検査・知能検査	【 ない・ある → (年齢: 実施機関:)】
* 検査名: WISCⅢ、Ⅳ、Ⅴ / 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)】

■受診歴・相談歴についておたずねします

● 病院や各種相談・支援センター等への受診歴・相談歴がある方は記入してください。

受診・相談期間	受診・相談機関名

■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。

■リハビリテーションや療育についておたずねします

●現在通院している病院はありますか？

ある ・ ない

●(病院に通院されている方)

病院にてリハビリテーションを受けられていますか？

はい ・ いいえ

●通院されている病院名と治療内容をご記入ください。

病院名・診療科	治療内容
診療科 科	通院の頻度 () リハビリ・その他 () ↳ リハビリの種類 (PT ・ OT ・ ST・ 不明)
診療科 科	通院の頻度 () リハビリ・その他 () ↳ リハビリの種類 (PT ・ OT ・ ST・ 不明)

●現在通っている療育施設や放課後等デイサービス事業所はありますか？

ある ・ ない

●(施設に通所されている方)

施設にてリハビリテーションを受けられていますか？

はい ・ いいえ

●通所されている施設名と支援内容をご記入ください。

施設名	支援内容
	通所の頻度(個別 回 / 集団 回) リハビリ・その他() 支援内容()
	通所の頻度(個別 回 / 集団 回) リハビリ・その他() 支援内容()
	通所の頻度(個別 回 / 集団 回) リハビリ・その他() 支援内容()

●現在利用されている訪問看護事業所はありますか？

ある ・ ない

●(訪問看護を利用されている方)

訪問看護にてリハビリテーションを受けられていますか？

はい ・ いいえ

●利用されている訪問看護事業所名と支援内容をご記入ください。

訪問看護事業所名	支援内容
	訪問の頻度 () リハビリ・その他 () ↳ リハビリの種類 (PT ・ OT ・ ST・ 不明)
	訪問の頻度 () リハビリ・その他 () ↳ リハビリの種類 (PT ・ OT ・ ST・ 不明)

※PT(理学療法)、OT(作業療法)、ST(言語聴覚療法)