

## 第2北総病院 小児発達外来 初診問診票①

※枠の中をご記入ください

ふりがな 患者氏名 _____ (愛称名: _____) (生年月日) 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳 _____ カ月) 性別 ( 男・女 )	記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
所属 ( _____ ) 保育園・幼稚園 ( _____ ) こども発達センター ( _____ ) 学校 通常学級・特別支援学級	
利用しているサービス(放課後等デイサービスなど) : ( _____ )	
電話番号 ( _____ ) (続柄 _____ ) <p style="text-align: center;">※最も連絡が付きやすい番号をご記入ください。</p> 電話がつながりやすい日時 ( _____ 曜日 _____ 時頃 ※平日9時~16時)	
1. 診察のみ希望 _____ ・ リハビリ希望 _____ ※どちらかに○印をつけてください。	
2. お子さんのことで、どんな心配なことがありますか？   	
3. 定期的にかかっている病院はありますか？ ( はい・いいえ ) (〇〇病院、〇〇先生) : _____	
4. これまでに診断名・診断を受けた病院はありますか？ ( はい・いいえ ) (発達について、入院を要したなものなど) (診断名〇〇〇〇、〇〇病院) : _____	
5. 服薬状況 ( 薬を飲んでいる ・ 飲んでいない ) (薬名〇〇、処方している病院〇〇) : _____	
6. 現在、当院以外でリハビリを受けていますか？ ( はい・いいえ ) はい→ ( _____ ) ※利用されている病院や施設、 例：〇〇訪問リハビリ、作業療法 療法をご記入ください。	
7. 紹介状 紹介医療機関名 ( _____ )	
8. 手帳 ( 有 ・ 無 ) 療育手帳 (A1・A2・B1・B2) 身体障害者手帳 ( 種 - 級 ) 精神保健福祉手帳 ( _____ 級 )	

9. 発達検査・知能検査を既に行っていますか？（ はい ・ いいえ ）

実施済み（ 歳 ヶ月：実施機関名： 検査名： ）

実施した資料を（ 持っている ・ 持っていない ）※持っている方は初診時に持参してください。

10. 出生前～出生後の様子

●妊娠中の経過のトラブル→（ あり ・ なし ）

あり→（ ）

●出産→（ ）週（ ）日

●出生体重→（ ）g

●分娩→（ 普通 ・ 吸引 ・ 帝王切開 ）

●出生後の様子→保育器に（ 入った ・ 入ってない ）

その他（ ）

11. 発達歴

●首がすわる→（ ）カ月

●寝返り→（ ）カ月

●ひとりでお座り→（ ）カ月

●ハイハイ→（ ）カ月

●つかまり立ち→（ ）カ月

●伝い歩き→（ ）カ月

●ひとりで歩く→（ ）才 カ月

●初めて意味のある言葉を話す→（ ）才 カ月

12. 現在の様子 ※○印をつけてください。

●場所見知り → あり ・ なし

●人見知り → あり ・ なし

●コミュニケーション

表現→ 日常会話可能 ・ 2～3語文 ・ 単語 ・ 発話なし

その他の表現方法  
指差し ・ サイン（ジェスチャー）

理解→言葉での指示が理解できますか？（ はい ・ いいえ ）

（例：「コップを取って」と言うと取ってきてくれる、など）

●好きな遊び（ ）

●苦手な環境（ ）

13. 市の健診で指摘（ された ・ されていない ）（ ）才 カ月児健診時

主な指摘内容（ ）

14. リハビリ通院の際、通うことができる曜日・時間帯に○印をつけてください。

※ご希望に添えない場合もございます。

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 9:10～12:00 / 13:50～15:00 / 15:20～

ご記入いただきありがとうございました。不明な質問や答えに迷うことがありましたら、そのまま空欄にしておいてください。