

## 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<br>患者氏名 _____<br>(生年月日) 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳 _____ カ月)                                                           | 記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>(愛称名: _____)<br>性別 ( 男 ・ 女 ) |
| 所属 ( _____ ) 保育園・幼稚園 ( _____ ) こども発達センター<br>( _____ ) 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 _____ )<br><div style="text-align: right;">※最も連絡がつきやすい番号をご記入ください。</div> 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 )<br>(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 )<br>(発達について、入院を要したなものなど)<br>(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 )<br>(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 )<br>はい→ ( _____ ) ※利用されている病院や施設、<br>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<br>紹介医療機関名 ( _____ )                                                                                                            |                                                                |
| 8. 手帳 ( 有 ・ 無 )<br>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・知能検査を既に実施していますか？（ 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→（ ）ヵ月

●寝返り→（ ）ヵ月

●ひとりでお座り→（ ）ヵ月

●ハイハイ→（ ）ヵ月

●つかまり立ち→（ ）ヵ月

●伝い歩き→（ ）ヵ月

●ひとりで歩く→（ ）才 ヶ月

●初めて意味のある言葉を話す→（ ）才 ヶ月

#### 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」と言うの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 ヶ月児健診時）

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。

# 第2北総病院 小児発達外来 初診問診票②

フリガナ

記入日 令和 年 月 日

お子様のお名前( ) ( 男 ・ 女 )

●電話番号 - ※連絡が付きやすい番号を一つ記入してください

次のいずれかに○をつけてください→ 母携帯 ・ 父携帯 ・ 自宅 ・ その他( )

## 1.食べ物、薬などにアレルギーはありますか？ ( ない ・ ある )

※「ある」と答えられた方は、分かる範囲で下記に内容をお書きください。

## 2.今までに受けた予防接種(ワクチン)にチェックを入れ、回数に○をつけてください。

☐ B型肝炎ワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 )

☐ ロタワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 )

☐ 小児肺炎球菌ワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

☐ ヒブワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

☐ BCG 接種日 ( 平成・令和 年 月 日 )

☐ (5種混合)ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・ヒブ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

☐ (4種混合)ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

☐ (3種混合)ジフテリア・百日咳・破傷風( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

(単独)

☐ (MRワクチン)麻しん(はしか)・風しん混合ワクチン( 1 ・ 2 ) ☐ 麻しんワクチン( 1 ・ 2 )

☐ 風しんワクチン( 1 ・ 2 )

☐ ポリオワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

☐ 水痘(水ぼうそう)ワクチン( 1 ・ 2 )

☐ 日本脳炎ワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

☐ おたふくかぜワクチン( 1 ・ 2 )

☐ コロナワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 )

☐ HPVワクチン( 1 ・ 2 ・ 3 )

☐ その他( )

## 3.今までにかかったことがある病気にチェックを入れてください。

☐ 麻しん(はしか) ☐ 水痘(水ぼうそう) ☐ 風しん

☐ おたふくかぜ(ムンプス、流行性耳下腺炎)

☐ その他( )

★今後、電話番号や住所の変更がございましたら、  
事務またはリハビリスタッフまで必ずお知らせくださいますようお願いいたします。