

記入日 年 月 日

氏名		男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	歳 か月

1. どのようなことが心配で来院されましたか。また心配な事が始まった時期はいつ頃ですか？
年 月頃 又は 歳頃

2. 当クリニックをどこで紹介されましたか

無 有 紹介元名称

3. 他の病院にかかっている方はご記入ください。

病名	病院	先生
	薬	
病名	病院	先生
	薬	

4. 一緒に生活されているご家族についてご記入ください。

続柄	名前	年齢	職業(職歴)	最終学歴(学校)	健康状態
父		才			健・否
母		才			健・否

ご兄弟・その他同居者についてご記入ください。

続柄	年齢	学校・職業	健康状態	続柄	年齢	学校・職業	健康状態
兄・弟・姉・妹	才		健・否		才		健・否
兄・弟・姉・妹	才		健・否		才		健・否
兄・弟・姉・妹	才		健・否		才		健・否

*

5. 保健センターの乳幼児健診での様子をお聞きします(当てはまるところに✓をつけてください)

問題なかった

指摘を受けた 10ヶ月健診 1歳6ヶ月健診 3歳健診 5歳健診

どのような指摘を受けましたか

その後のフォローを受けましたか 受けた

受けてない

↳ (電話相談 他機関への紹介)

療育手帳をお持ちの方、ご記入下さい

その他手帳についてお持ちの方はご記入ください

内容は (A B B̄)

身体障害者手帳 種 級

精神保健福祉手帳 級

6. 教育・保育・療育機関についてご記入ください。

就学前：発達医療センター・児童発達支援(旧通園・児童ディ)など

年(才) ~ 年(才) まで 名称

年(才) ~ 年(才) まで 名称

幼稚園 保育園 認定こども園 加配：あり・なし 現在 卒園

小学校 普通級 支援級 現在 年生 卒業

中学校 普通級 支援級 現在 年生 卒業

高校 現在 年生 卒業

その他

7. 現在、医療機関・訪問リハ・デイサービス等で個別のセラピーを受けている方はご記入ください。

医療機関・訪問・他サービス施設名	種類	頻度	備考(継続の有無など)
	PT OT ST (摂食・言語)		
	PT OT ST (摂食・言語)		
	PT OT ST (摂食・言語)		

裏面もございます

8. お母様が妊娠中の時のことについてお聞きします。あてはまるものはありますか。

- 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症） 切迫早産 妊娠中の病気
 妊娠中の薬物使用 その他

9. 出生時のことについてお聞きします。

妊娠期間 週 日 出産病院名
 体重 g 身長 cm 頭囲 cm
 分娩方法： 経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 その他（ ）
 出生後に異常はありましたか
 なし あり 新生児仮死 臍帯巻絡 けいれん
 酸素使用 保育器使用 日間
 黄疸（光線療法 交換輸血）
 その他

10. 身体の発達についてお聞きします。できるようになった時期をご記入ください。

首のすわり	歳	ヶ月	はいはい（四つ這い）	歳	ヶ月
寝返り	歳	ヶ月	つかまり立ち	歳	ヶ月
お座り	歳	ヶ月	一人歩き	歳	ヶ月

11. 言葉についてご記入ください。

はじめての言葉はいつでしたか。 歳 ヶ月 どんな言葉でしたか
 具体的な言葉・いつごろからかをお書きください。
 2語文 なし・あり→ (才 ヶ月頃)
 3語文 なし・あり→ (才 ヶ月頃)
 大人からの声かけは、理解していると思いますか。 はい ある程度している いいえ

12. 身のまわりのことについてお聞きします。あてはまるものに○をつけてください。

食事 食事形態： 普通 ・一口大 ・ きざみ ・ ミキサー その他（ ）
 食事回数： 回 好きな食べ物 嫌いな食べ物
 摂食方法： 介助 自立：箸 スプーン フォーク 手づかみ その他（ ）
更衣 上着 { 着る→ 自立・一部介助・全介助 ズボン { はく→ 自立・一部介助・全介助
 { 脱ぐ→ 自立・一部介助・全介助 { 脱ぐ→ 自立・一部介助・全介助
排泄 尿 : 自立 オムツ トレーニング中 排尿回数：1日 回
 便 : 自立 オムツ トレーニング中 排便回数：1日 回
 失禁・夜尿： なし あり
睡眠 夜間： 時位～ 時位 昼寝： 時位～ 時位
 睡眠薬の使用 なし ・あり：薬名
アレルギー 食物アレルギー なし ・あり
 薬物アレルギー なし ・あり

13. どんな遊びが好きですか。ご本人の趣味や得意な事はなんですか。

14. お子様はどのような性格ですか。

15. その他気にかかる事、今回の受診で聞いてみたいことがありましたらお書きください。

以上です。ご協力ありがとうございました。