初診の方の問診票

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　　カ月	

身長　：
体重　：
月　日現在

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。

病院	先生
病名	薬
病院	先生
病名	薬

4. ご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
　　内容は　（　A　　B　　B̄　）

　その他手帳についてお持ちの方はご記入ください
　　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： □ 経膣分娩 □ 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 / 脱ぐ→ 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 }

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。