

記入日	年	月	日	初診の方の問診票ID:	】
フリガナ				男・女	
氏名					
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			生	歳 力月
住所	〒				
電話番号	() -			(自宅・続柄)	
緊急連絡先 (携帯等)	1)			(続柄)	
	2)			(続柄)	

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。

病名	病院	先生
病名	病院	先生

4. と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 B)

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

<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 保育園	<input type="checkbox"/> 認定こども園	加配：あり・なし	現在	<input type="checkbox"/> 卒園	
小学校		<input type="checkbox"/> 普通級	<input type="checkbox"/> 支援級	現在	年生	<input type="checkbox"/> 卒業
中学校		<input type="checkbox"/> 普通級	<input type="checkbox"/> 支援級	現在	年生	<input type="checkbox"/> 卒業
高校				現在	年生	<input type="checkbox"/> 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。あてはまるものに○をつけてください。

- 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： 経産分娩 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 脊髄巻絆 口けいん
 酸素使用 保育器使用
 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 ケ月 はいはい（四つ這い） 歳 ケ月
寝返り 歳 ケ月 つかまり立ち 歳 ケ月
お座り 歳 ケ月 一人歩き 歳 ケ月

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 ケ月 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 ケ月頃)

3語文 なし・あり→ (才 ケ月頃)

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 尿寝： 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。