

初診問診票

東大寺福祉療育病院 小児科

わかる範囲で結構ですので下記の質問にお答えください。

記入日： 年 月 日

ふりがな

生年月日

氏名

男・女

年

月

日

()歳

記入者：母・父・その他 ()

★ 相談される内容はどのようなことですか？ 気になることを具体的にご記入ください

(

★ ご家族や親戚の方で同じような症状の方がおられますか？ いない・いる (

(1) 生まれた時のことについて

在胎 () 週 出生体重 () g 分娩は？ (普通 ・ 吸引 ・ 帝王切開)

妊娠中の問題は？ なし あり → 発熱 ・ タンパク尿 ・ 高血圧 ・ その他 (

出生後の問題は？ なし あり → すぐに泣かなかった ・ 保育器に入った ・ 黄疸の治療を受けた
その他 (

(2) 発達について

1歳半健診 受けていない 問題なし 問題あり → 何が問題となりましたか？ 下にお書きください

(

3歳半健診 受けていない 問題なし 問題あり → 何が問題となりましたか？ 下にお書きください

(

★ 次の項目ができるようになったのはいつ頃ですか

首がしっかりすわる () ヶ月 ・ 未

意味のある単語を話す () 才 () ヶ月 ・ 未

一人でのおすわりできる () ヶ月 ・ 未

絵本を見て指差しをする () 才 () ヶ月 ・ 未

一人で歩く () 才 () ヶ月 ・ 未

2語文を話す () 才 () ヶ月 ・ 未

(例 パパ いない / じゅーちゅ ない)

★ 該当するものがあれば ✓ をつけてください

視線があいにくい 他のこどもに興味乏しい 言葉がなかなか増えない 会話が続かない

迷子になりやすい 道順や物の位置にこだわる ミニカーなどをきれいに並べる

特定のもの (マークや数字、コマーシャル、タイヤや換気扇など回転するもの) を好む

普段通りの状況や手順が急に変わると混乱する

(3) いままでに「けいれん」や「てんかん発作」を起こしたことがありますか

ない ある → いつ頃から (

(4) 現在服薬している薬はありますか

- ない ある → 薬名 ()
お薬手帳のコピーでも可

(5) これまで相談された医療機関や専門機関 (保健所・発達センター・療育施設) はありますか?

ない

ある →

機関名	いつ頃から	受けた検査や診断、内容について

(6) 現在通われている教育機関を教えてください

学校名/園名 ()

(7) 同居のご家族についてお伺いします

続柄	お名前	年齢	備考 (職業・健康状態など)
父			
母			

★ お近くに育児や介護の協力や相談ができる方はおられますか?

- いない いる ()

(8) 予防接種について わかる範囲でご記入ください (接種済みの予防接種の□に✓)

- BCG 4種混合 (回) MR (麻疹風疹) (回) 水痘 (水ぼうそう) (回)
 肺炎球菌 (回) ヒブ (回) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) (回)
 B型肝炎 (回) 日本脳炎 (回) その他 ()

(9) 以下の感染症について わかる範囲でご記入ください (かかったことのある感染症の□に✓)

- 水ぼうそう おたふくかぜ 麻疹 (はしか) 結核

(10) 食べ物や薬などのアレルギーはありますか?

- ない ある → ()