

こん小児科クリニック 問診票

当院では、初診をスムーズに行うために、下記の質問にお答えいただいております。わかる範囲で結構ですので、ご回答をお願いいたします。なお、ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用いたします。事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏えいをすることはありません。

記入日： 年 月 日

ふりがな		男・女
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳	
所属	通っている保育所や幼稚園・学校名 () 幼・保・小・中・高・その他 () () 年生	
連絡先	ご住所 〒 - 県 市・町・村・郡 ご自宅 携帯 [本人・父・母・その他 ()] 電話連絡時にクリニックの名前を出してよいですか? (はい ・ いいえ)	

■受診を希望する理由を教えてください

[]

■これまで、医療機関（小児科・精神科等）・相談機関・専門機関（保健所・療育センター等）で相談されたことはありますか。

ない ・ ある

医療・相談機関名	期 間
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月

■どなたが受診を希望されましたか。もしくは受診を勧められましたか。（複数回答 可）

本人・父・母・祖父・祖母・学校の先生・その他 ()

■治療上、考慮すべき信仰や事情はありますか。（ ない ・ ある ）

[]

■ご家族についてお聞きします。

- ・父 _____ 歳 職業（具体的に）：() 健康状態：()
- ・母 _____ 歳 職業（具体的に）：() 健康状態：()
- ・きょうだい（ご本人は除く） _____ 歳 （男・女） 学年 () 当院受診歴：あり・なし
_____ 歳 （男・女） 学年 () 当院受診歴：あり・なし
_____ 歳 （男・女） 学年 () 当院受診歴：あり・なし

・同居しているご家族にすべて○をつけてください。

父・母・きょうだい _____ 人・祖父（父方・母方）祖母（父方・母方）その他 ()

・精神科または心療内科にかかれたことのあるご家族・ご親戚はいらっしゃいますか。

いる ・ いない

■療育手帳はありますか。 **ない** ・ **ある**

ある方：(A ・ B) 最終更新：_____年_____月

■特別児童扶養手当では受けていますか。 **受けていない** ・ **受けている**

受けている方：更新 _____年_____月 (作成場所 _____)

■生まれた時のことについてお聞きします。

妊娠中・出生時の異常所見： **ない** ・ **ある** ある場合 (_____) ・ わからない

在胎：_____週 普通分娩・吸引分娩・帝王切開 出生時体重：_____g

■発達の様子についてお聞きします。

首がすわる：_____ヶ月 1人で歩く：_____歳_____ヶ月 授乳：**母乳**・**混合**・**人工**

初めて言葉(まんま、ぶーぶ等)を話した：_____歳_____ヶ月

人見知り：**ない** ・ **ある** _____ヶ月 後追い：**ない** ・ **ある** _____ヶ月

1歳6ヶ月児健診での指摘 **ない** ・ **ある** (_____)

3歳児健診での指摘 **ない** ・ **ある** (_____)

■1～5歳頃に次のようなことにあてはまるものがあれば○をつけてください。(複数回答可)

視線があいにくい ・ 言葉がなかなか増えない ・ 独語が多い ・ 迷子になりやすい
独り遊びが多い ・ ぐるぐる回る ・ つま先で歩く ・ 道順や物の位置にこだわる
ミカなどをきれいに並べる ・ 回転物(タイヤ・換気扇等)を眺める ・ 特定のマークやCMが好き
道路への飛び出しが多く危ない ・ 手先が不器用・体のバランスをとれない

■保育園・幼稚園・学校などの行動で、次のようなことに当てはまるものがあれば○をつけてください。
(複数回答可)

保育園 ・ 幼稚園、学校に行かない ・ 対人関係がうまくいかない、友達ができない
集団行動ができない ・ 学校でいじめられる ・ 勉強が遅れている、授業に追い付いていけない
学校で暴力、暴言がひどい ・ 級友をいじめる ・ 落ち着きがない・忘れ物が多い
文字の読み書きが苦手 ・ 計算ができない ・ 運動が苦手・不器用

■集団生活、対人関係(家族以外の大人や子どもとの関わり)で心配なことがあればお書きください。

[_____]

■現在の健康状態についてお聞きします。

睡眠 **よい** ・ **わるい** (寝つきが悪い・夜中に何度も目が覚める・早朝に目が覚める)

食欲 **ある** ・ **ない** **アレルギー** **ない** ・ **ある** (_____)

気になる癖 爪かみ ・ 指しゃぶり ・ 偏食 ・ 性器いじり ・ チック ・ その他 (_____)

利き手 **右手** ・ **左手** ・ **わからない**

■これまでに経験した病気についてお聞きします。(複数回答可)

おおきなケガや病気 (_____) ・ 熱性けいれんやひきつけ ・ 頭を強く打つ・気を失う

入院経験：**ない** ・ **ある** (_____)

■当院にはどのようなことをお望みですか？

診断 ・ 検査 ・ 薬物治療 ・ 心理療法 ・ 家族の対応の仕方の相談

進学、学校関連の相談 ・ セカンドオピニオン ・ 転院希望 ・ 診断書発行

その他 (_____)

記入者：本人・父・母・その他 (_____)