

初 診 問 診 票

初診をスムーズに行うために、わかる範囲でよい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 氏 名		身長 体重	cm Kg
生 年 月 日		昭和・平成 年(西暦 年)	月 日 歳

●記入者：母・父・本人・その他()

●当センターからの連絡先についてお伺いします。

順番	お 名 前	続 柄	電 話 番 号
1			
2			

●ご自宅以外にお住まいの方(グループホームや施設)は、以下にもご記入ください

*ご住所、名称、連絡先を教えてください

住 所 : _____
名 称 : _____
連絡先 : _____

* 担当者を教えてください ()

* いつから入所していますか? (年 歳から)

◆① 今回の当センター受診のご希望を教えてください。(当てはまる□にレ点)

診 療 科 ⇒ 内科・小児科 耳鼻科 歯科

リハビリテーション ⇒ PT OT ST 心理

短期入所利用 その他 []

◆② 横浜療育医療センターまたは横浜医療福祉センター港南で、既に受診されている科があれば教えてください。(当てはまる□にレ点)

診 療 科 ⇒ 内科・小児科・神経内科・神経小児科

耳鼻科 歯科

リハビリテーション ⇒ PT OT ST 心理 担当者名()

その他 ()

◆③ 現在通われている教育機関、通所先(卒業後の方)を教えてください。

学校名/園名 () 学年 ()
 通所先名 () ()
 () ()

◆④ これまで相談された

- 医療機関 (小児科/内科/児童精神科/発達クリニックなど)
- 専門機関 (保健所・療育センターなど)

はありますか？ 現在、主治医の医療機関に◎印をつけて下さい。

機 関 名	期 間	診 断 ・ 内 容	主治医

◆⑤ 生まれた時のことについてお伺いします。

- 妊娠中・出産時の異常 ない ある () わからない
- 在胎()週 出生体重()g

◆⑥ 発達の様子についてお伺いします。

- 首が座る ()か月
- 坐位 ()か月
- 一人で歩く ()才()か月
- 初めて言葉を話す ()才()か月

また、乳幼児期に次のようなことがあった場合はレ点をつけてください(複数可)

- | | | | |
|---|------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| { | <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい | <input type="checkbox"/> 言葉がなかなか増えない | <input type="checkbox"/> 独語が多い |
| | <input type="checkbox"/> 迷子になりやすい | <input type="checkbox"/> ひとり遊びが多い | <input type="checkbox"/> ぐるぐる回る <input type="checkbox"/> つま先で歩く |
| | <input type="checkbox"/> 道順や物の位置にこだわる | <input type="checkbox"/> ミニカーなどをきれいに並べる | |
| | <input type="checkbox"/> 回転するもの(タイヤ・換気扇など)を眺める | <input type="checkbox"/> 特定のマークやCMが好き | |

◆⑦ これまでに経験した病気についてお伺いします。

- 大きな怪我や病気 ない ある ()
- 痙攣やひきつけ、気を失ったこと ない ある ()
- 入院 ない ある (いつ、病名)

◆⑧ 現在の健康状態についてお伺いします。(当てはまる□にレ点)

- 睡眠 よい 悪い
- 食欲 ある ない
- 現在内服中の薬 ない ある ()
- アレルギー ない ある ()

◆⑨ 予防接種歴について、わかる範囲でご記入ください。(当てはまる□にレ点)

<接種済みの予防接種>

- ヒブ (回) 肺炎球菌 (回) 日本脳炎 (回)
- 三種混合 (回) 四種混合 (回) B型肝炎 (回)
- MR(麻疹風疹) (回) BCG 経口ポリオ
- 水痘(みずぼうそう) (回) 流行性耳下腺炎(おたふく) (回)

◆⑩ 以下の感染症の罹患歴について、わかる範囲でご記入ください。(当てはまる□にレ点)

<かかったことのある感染症>

- 水痘(みずぼうそう) 麻疹(はしか)
- 流行性耳下腺炎(おたふく) 結核

◆⑪ ご家族についてお伺いします。(同居のご家族には○をつけてください)

お 名 前	続 柄	同居・別居	生 年 月 日	備 考 (職業、健康状態など)
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		

精神科・心療内科・神経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?

()

◆⑫ お近くに育児や介護協力を得られる方はいますか?(当てはまる□にレ点)

- いない いる ()

◆⑬ 自宅から当センターまでの所要時間 (分)

当センターの受診にはどなたと一緒にいらっしゃいますか? ()

◆⑭ 移動手段 (当てはまる□にレ点)

- 自家用車(運転をする方) () その他 ()

ご協力ありがとうございました。この問診票はカルテに保存させていただきます。
横浜療育医療センター 外来

