

初診問診票①

記入日： 年 月 日
記入者：母・父・本人・その他（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ください。

◆マイナ保険証による診療情報の取得に同意いただけますか？ はい いいえ

◆本日他の医療機関からの紹介状を持っていますか はい いいえ すでに郵送済み

ふりがな 氏名	男・女	身長 体重	cm kg
生年月日	昭和・平成・令和 年（西暦 年）	月	日 歳
通っている学校名・園名（ ）		学年	
通っている通所先（利用先すべてお書きください）			

◆すでに福祉制度をご利用でしたらお書きください。

・身障手帳（ ）級 ・愛の手帳（ ）級 ・精神手帳（ ）級
・その他（ ）

◆当センターからの連絡先についてお伺いします。

優先順	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 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

④ 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

⑤ 発達の様子についてお伺いします。

○首が座る（ ）才（ ）か月
 ○坐位（ ）才（ ）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）

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

⑥ 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）
 ○輸血歴 □ ない □ ある（いつ）

⑦ 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（ ）

⑧この1年間で健診（特定健診や高齢者健診）を受けましたか？

はい いいえ

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）二種混合 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） おたふく（ 回）

インフルエンザ（毎年・不定期） 新型コロナ（ 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） 風疹 流行性耳下腺炎（おたふく）

結核 B型肝炎 C型肝炎

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 2025年 1月



