

問診票

保護者 様

この用紙は、診察およびその後の相談の際に参考にするものです。母子健康手帳・サポートファイル等を参考にわかる範囲でご記入ください。この用紙は初回の診察時にご持参ください。

記入日 平成 年 月 日

記入者 _____

1. 個人情報

本人	ふりがな		性別	生年月日	平成 年 月 日	
	氏名		男			
	呼び名		女			
	住所	〒 _____				
	電話番号	自宅				
		携帯				
所属	(保育園、幼稚園、学校、学年、普通学級、支援学級など)					

2. 家族状況 (続柄は本人から見たものをご記入ください)

氏名	続柄	生年月日	状況	特記事項 (職業・学校、健康状態等)
		S・H 年 月 日	同居 別居	
		S・H 年 月 日	同居 別居	
		S・H 年 月 日	同居 別居	
		S・H 年 月 日	同居 別居	

3. 成育歴

妊娠・分娩	妊娠中の異常 (無・有) 記入例: 高血圧・蛋白尿 〔 _____ 〕 薬の使用 (無・有) 薬品名: _____ / タバコ (無・有) / お酒 (無・有)
	分娩経過 (自然分娩・帝王切開) (頭位・骨盤位) 〔その他 _____ 〕
新生児期	出生場所 (_____) 在胎 (_____ 週) 出生時体重 (_____ g) / 身長 (_____ cm) / 胸囲 (_____ cm) / 頭囲 (_____ cm) 特別な所見・処置 (無・有) 記入例: 仮死 〔 _____ 〕
	その後の経過中の異常 (無・有) 記入例: 黄疸 〔 _____ 〕

乳幼児期	哺乳量（多い・普通・少ない）			
	首のすわり（ か月）	寝返り（ か月）	喃語（ か月）	人見知り（ か月）
	ひとり座り（ か月）	ハイハイ（ か月）	初語（ か月）	二語文（ か月）
	つかまり立ち（ か月）	ひとり歩き（ か月）		
	その他： 〔 〕			
病歴	はしか 百日咳 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ アレルギー〔 〕		治療中の病気と服薬の有無 〔 〕	
	その他・入院・手術・大きな病気等： 〔 〕		採血の経験（無・有）	
予防接種	BCG（H 年 月）		ポリオ（H 年 月）	
	三種混合 1期初回（H 年 月）（H 年 月）（H 年 月） 1期追加（H 年 月）			
	麻しん風しん混合 1期（H 年 月） 2期（H 年 月）			
	日本脳炎 1期初回（H 年 月）（H 年 月） 1期追加（H 年 月）			
健診・相談	<u>受けた健診・相談をチェックしてください。</u>			
	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3～4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 5歳 <u>健診・相談の時に助言やアドバイスを受けた方は内容をご記入ください。</u> 〔 〕			

4. 好きなこと、苦手なこと

好きなこと（記入例：絵本・ブロック遊び・ゲーム等）

苦手なこと（あてはまるものがあればチェックしてください）

- ひとり遊び 集団遊び 水遊び 音に敏感
その他：

5. 生活リズム（1日のスケジュール）

	6	8	10	12	14	16	18	20	22

6. これまでに専門機関に相談をしたことのある方は時期・内容をご記入ください。

（記入例：平成〇〇年〇月ごろ △△市の相談窓口で言葉の遅れについて相談した）

7. 当センターの受診のきっかけ、困っていること、相談したいことをご記入ください。