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。初回の診察時にご持参ください。

記入日　令和　　年　　月　　日

記入者

**１．個人情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 生年月日 | 平成  令和　　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，学年など） | | | | |

**２．家族状況（続柄は本人からみ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・Ｒ  年　　月　　日 | 同居  別居 |  |
|  |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ  年　　月　　日 | 同居  別居 |  |
|  |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ  年　　月　　日 | 同居  別居 |  |
|  |  | Ｓ・Ｈ ・Ｒ  年　　月　　日 | 同居  別居 |  |
|  |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ  年　　月　　日 | 同居  別居 |  |

・ご家族で何か信仰されていますか（　無　・　有　）有の場合：

・ご家族の間で子育てに関しての意見の違いはありますか（　無　・　有　）

有の場合：

・今回の受診はどなたが決められましたか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３．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。**

**４．そのことについて、これまでに相談したことのある方は時期・内容などをご記入ください。**

（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）

**５．現在の生活について**

|  |  |
| --- | --- |
| 食事 | □完全に自立　　□手伝えば可能　　□家族が食べさせている  あれば具体的に： |
| 着替え | □完全に自立　　□手伝えば可能　　□家族が着替えさせている  あれば具体的に： |
| 排泄 | □完全に自立　　□声をかければトイレで　　□事前に教える　　□事後に教える　　□教えない　　　□一日中オムツ　　□夜のみオムツ  あれば具体的に： |
| 睡眠 | 睡眠の問題（　無　・　有　）  有の場合は具体的に： |

**６．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：

**７．生活リズム（１日のスケジュール）**

６ ８ １０ １２ １４ １６ １８ ２０ ２２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**８．成育歴（あてはまる年齢のところまでご記入ください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊娠・出産 | 妊娠中の異常（ 無 ・ 有 ）記入例：高血圧・蛋白尿 | |
| 分娩経過（普通分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開）その他：  出生場所（　　　　　　　　　　　　 　　　　　）在胎（　　　週）出生時体重（　　　　　　　g）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 ）　　栄養方法（ 母乳 ・ 混合栄養 ・ 人工栄養 ） | |
| 首のすわり （　　か月）　　　　寝返り　　（　　か月）  ひとり座り （　　か月）　　　　ハイハイ　（　　か月）  つかまり立ち（　　か月）　　　　ひとり歩き（　　か月） | 喃語 （　　か月）　人見知り（　　か月）  初語 （　　か月）　二語文　（　　か月） |
| 育児に手がかかって大変でしたか（　はい　・　いいえ　）  □かんしゃくがひどかった　　□人見知りがなかった　　□視線が合いにくかった  □夜泣きが強かった　　　　　□指さしがなかった　　　□人の真似をしなかった  □その他 | |
| 就学前 | 保育園・幼稚園・こども園などでの様子（通園者のみ）（　　　　年保育）  加配を利用されていますか（　無　・　有　）いつから（　　　　　　　　　　　　　）　週　　　　日 | |
| 新しい環境になじみやすい子でしたか（　はい　・　いいえ　）  お子様の園での様子について、先生からどのように言われていましたか | |
| 友達とのつきあいはいかがでしたか　　□あまり関わらない　　□誘われれば遊ぶ　　□積極的  発表会や運動会など集団行動への参加はどうでしたか  □問題なし　　□苦手なりにこなした　　□練習は不参加だが本番はできた　　□不参加 | |
| 園生活で、他に何か気になったことがあればご記入ください | |
| 学齢期 | 出席状況は　　□毎日出席　　□遅刻・早退が多い　　□時々欠席　　□不登校　　□別室登校  支援学級を利用されていますか　　□普通級のみ　　□普通級と支援級の両方を利用　　□支援級  支援級を利用されている方は：　　　　年生　　　　学期から  利用の頻度や利用している時間など： | |
| 友達とのつきあいはいかがですか　　□あまり関わらない　　□誘われれば遊ぶ　　□積極的  成績は　　□上位　　□中位　　□下位  得意な科目：　　　　　　　　　　　　　　　　苦手な科目：  部活動／習い事（１回の時間・頻度）など | |

・その他、何か大きな変化やご心配な事はありましたか　（　無　・　有　）

（家族構成の変化、学校でのストレスなど…有の場合、いつ頃、どのようなことですか）

**９．医療情報など**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病歴 | これまでに大きな病気や入院・手術をしたことがありますか（　無　・　有　）  いつごろ：  病名など： | 治療中の病気やお薬  採血の経験（ 無 ・ 有 ） |
| 予防接種  接種済に○印をつけてください | ＢＣG　　　　　　ポリオ（経口）　　　三種混合１期初回、１期追加 | |
| 四種混合１期初回、１期追加　　　　　　麻しん風しん混合１期、２期 | |
| ヒブ1回、2回、3回、追加　　　　　　小児肺炎球菌1回、２回、３回、追加 | |
| B型肝炎１回、２回、３回　　　　　水痘初回、追加　　　　　日本脳炎１期初回、１期追加 | |
| 感染症など | □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 | |
| 健診・相談 | 受けた健診・相談をチェックしてください  □１か月　　　□３～４か月　　　□１０か月　　　□１歳６か月　　　□３歳　　　□５歳  健診・相談の時に受けた助言やアドバイスがあればご記入ください | |

・利用されているものがあれば、チェックしてください

□療育手帳（□Ａ　　□Ｂ１　　□Ｂ２）　取得日（　　　年　　　月　　　日）

□その他の手帳（□身体　　□精神　（　　　　）級　取得日（　　　年　　　月　　　日）

□特別児童扶養手当

□障害児福祉手当

□自立支援医療（通院精神）

□児童発達支援通所受給者証

（利用施設：現在利用中の施設、過去に利用していた施設をご記入ください）

**１０．その他、何かあればご記入ください**

ご協力ありがとうございました。