

小児初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ
児童名：

【男・女】 生年月日： 年 月 日(歳 ヲ月)

記入者氏名： 【続柄】 連絡先電話： _____

住所： _____

園・学校名： _____ 学年 _____

かかりつけ医： _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1 当院を受診された経緯や理由、またはご相談されたい内容は何ですか

2 現在ご利用中のサービスはありますか

療育（施設名： _____ 個別療育OT/ST/PT・集団療育）
その他（ _____ ）

3 家族構成(ごきょうだい児もご記入下さい)

続柄	氏名	生年月日	同居・別居	園・学校・職場	学年・職業	備考
本児						集団保育開始(年 月~)
父						結婚何月(年 月 日)
母						

4 過去にお子様の発達について指摘またはご相談されたことはありますか

ない ある→ いつ(年 月頃)
どこで：1歳半健診(_____)
3歳時健診(_____)
その他(_____)

5 これまでにお子様の発達に関する診察や療育・訓練を受けたことはありますか

ない ある→ いつ(年 月頃) どこで(_____)
診断名(_____) 医師： _____)
治療・療育・訓練状況(_____)

6 福祉制度の活用状況(活用しているものがあれば○をするか記入してください)

療育手帳 A1 A2 B1 B2
身体障害者手帳 種 級 (障害名)
特別児童扶養手当 1級受給 2級受給

→裏面もお願いします

