

## 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 カ月)

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

7 次の予防接種は受けられましたか?受けたものに○をしてください。

- a. BCG      b. ポリオ      c. 三種混合・四種混合      d. はしか  
e. 風疹      f. おたふくかぜ      g. 水ぼうそう      h. 他

8 お子様のこれまでの発達経過についてお教え下さい

1) 出産の状況について

① 妊娠の異常 なし / あり( )

② 出産の異常 なし / あり( )

③ 児の状態 仮死(なし / あり) 黄疸治療(なし / あり)

その他( )

在胎週数( )週 体重( )g 身長( )cm 頭囲( )cm

9 お子様のこれまでの病歴についてお教えください

1) これまで大きな病気にかかった事がありますか

ない ある → 具体的にお教えください( )

2) 中耳炎にかかったことがありますか

ない ある → いつ( )年( )月頃  
切開(あり / なし)

3) 薬や食物のアレルギーはありますか

ない ある → 具体的にお教えください( )

10 お子様のこれまでの成長発達についてお教えください

1) お子様の発達の経過について下記の項目に関して出来る様になった年令をご記入下さい

首すわり	歳 カ月ごろ	人見知り	ある / ない
はいはい	歳 カ月	喃語で話す	ある / ない
指さし	ある / ない	初歩	歳 カ月
初語	歳 カ月ごろ	二語文	歳 カ月ごろ

2) その他以下のようない点で気になることはございますか(具体的にお教えください)

① 全身運動の苦手さ

② 感覚の過敏さ(聴覚、触覚、視覚、嗅覚)

③ 手先の不器用さ

11 当院の受診に当たって、今後希望されること、期待されることなど有哪些ですか。

評価のみ 意見書等作成 継続リハビリ 心理面接

その他

12 当院の受診に当たって配慮してほしいこと、確認したいこと等ありましたらご記入ください