

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		連絡先	自宅		
氏 名			携帯		
			その他		
住 所		性 別	男・女	職 業	
		生年月日	H・R 年 月 日 (歳)		
記入者	ふりがな	本人との続柄	生年月日		
	氏 名		職 業		

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

・他の病院、相談機関(具体的な名称：)
 ・インターネット ・知人 ・その他(具体的に：)

2. 受診のきっかけについてお伺いします。

・家族や知人からのすすめ ・他機関からのすすめ(具体的に：)

3. 今一番困っていること、相談したいこと、解決したいことについてお書きください。

4. ご家族の状況について教えてください(本人は含まない)

続柄	氏名	生年月日	同居・別居	職業・学校等	勤務先
父方祖父					
父方祖母					
母方祖父					
母方祖母					

5. 該当する項目に○をつけてください。

i 血族結婚 なし ・ あり(詳しく教えてください)
 ii 不妊治療 なし ・ あり

6. お母さんの状況について教えてください。該当する項目に○をつけてください。

i これまでの既往症： 心臓疾患 腎疾患 糖尿病 その他()
 ii 妊娠中の疾患： なし ・ あり → 切迫流産 早産 妊娠高血圧症候群 貧血 妊娠性糖尿病
 前置胎盤 妊娠中毒 感染 薬物使用 アルコール
 その他()
 iii 子育てが楽しいと感じますか？ はい ・ いいえ
 iv 相談できる人がいますか？ はい ・ いいえ

7. 出生時・新生児期のお子さんの状況を教えてください。該当する項目に○、記入をお願いします。

妊娠週数 _____ 週 _____ 日
身長 _____ cm 体重 _____ g 頭囲 _____ cm
栄養： 母乳 人工栄養 混合栄養 チューブ栄養
分娩： 正常分娩 ・ 異常分娩
帝王切開 骨盤位(逆子) 吸引分娩 胎盤機能不全 分娩中の母子合併症 多胎(双胎 三つ子 その他)
仮死状態 保育器不全 酸素使用 人工呼吸器 黄疸(光線療法) 低血糖 頭蓋内出血

8. お子さんの発達状況について教えてください。

首すわり _____ ケ月 寝返り _____ ケ月 はいはい _____ ケ月
1人でお座り _____ ケ月 つかまり立ち _____ ケ月 歩き始め _____ ケ月
意味のある言葉(わんわん、まんま等) _____ ケ月 二語文(わんわんきた、あっちいく等) _____ ケ月
初めての言葉は何でしたか？(_____)
腹ばいは苦手でしたか？ はい ・ いいえ

9. 予防接種について、受けたものに○をつけてください。

ポリオ 麻しん(はしか) 風疹 三種混合(DPT) BCG 日本脳炎 四種混合 水痘 Hib 肺炎球菌

10. 今までかかった病気について、○をつけてください。

麻しん 風疹 中耳炎 髄膜炎 頭部外傷 おたふく風邪 喘息 肺炎 アトピー
アレルギー てんかん 水痘
その他の病気 (_____)
けいれん (熱あり 熱なし) → _____ 歳 お薬を服用していますか？ はい ・ いいえ

11. これまで受けた検診で育ちの遅れを指摘されたことはありますか？

なし
あり → 乳児検診 (運動 栄養 行動 ことば)
1歳6か月検診 (運動 栄養 行動 ことば)
2歳児検診 (運動 栄養 行動 ことば)
3歳児検診 (運動 栄養 行動 ことば)
5歳児検診 (運動 栄養 行動 ことば)

12. これまでに発達検査や知能検査を受けたことがありますか？

なし
あり → いつ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ところで (_____)
※検査結果(資料)等をお持ちの場合は、ご持参ください。

13. 今までに心療内科・精神科もしくは小児科にお掛になったことがあれば、記入をお願いします。

① 病院・クリニック(外来・入院) _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(病名 _____)
② 病院・クリニック(外来・入院) _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(病名 _____)
③ 病院・クリニック(外来・入院) _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(病名 _____)

ご協力いただき、ありがとうございました。当日受付までお持ちください。