



つくだクリニック 初診 問診票



お子さまの診察に必要な情報となりますので、母子手帳等を参考の上、可能な限り詳しくご記入ください。問診票は1~4ページまでございます。問診票は受診当日、忘れずにお持ちくださいますようお願いいたします。お忘れの場合、診察は後日に実施となりますので予めご了承ください。

		記入日	年 月 日
フリカナ 受診者氏名	男・女	生年月日	(年 月 日 歳 カ月)
所 属	(年生)	記入者氏名(続柄)	
住 所	〒		
自 宅 電 話		携 帯 電 話	

※当クリニックからの連絡は 自宅/携帯 を希望。(どちらかに○をつけてください)

福祉サービスの利用	なし/あり 【 児童発達支援 ・ 放課後等児童デイサービス 】
事 業 所 名	
相談支援事業所名	

1 当クリニックを受診された理由、または主にご相談されたい内容をできるだけ具体的にご記入ください。受診を考えるきっかけになった出来事等もあればご記入ください。

II 妊娠・出産時の状況についておうかがいします。

①妊娠中に関して以下のことがありましたら、○をつけてください。

妊娠中毒症 切迫早産 双胎または多胎妊娠 その他 ()

②出産時の状況について

妊 娠 週 数 週 日

出 生 体 重 _____ g

アプガースコア 1分 () 点 5分 () 点

出産時の異常 あり () / なし

III お子さまに既往歴がありましたらご記入ください。

① 現在治療中のご病気はありますか？ (いいえ・はい→疾患名:)

② てんかん発作を起こしたことはありますか？ (いいえ・はい)

③ 食物アレルギーはありますか？ (いいえ・はい 小麦・卵・乳・大豆・米・その他)

IV お子さまのこれまでの成長発達についておうかがいします。

頸がすわる	歳 ヶ月	寝返り	歳 ヶ月
お座りをする	歳 ヶ月	ハイハイ	歳 ヶ月
つかまりだちする	歳 ヶ月	つたい歩き	歳 ヶ月
ひとりで2~3歩あるく	歳 ヶ月	走る	歳 ヶ月
初語(初めての意味のある言葉)	歳 ヶ月	二語文	歳 ヶ月

V 健診歴についておうかがいします。何か指摘がありましたらご記入ください。

1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済み	()
3歳児健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済み	()
その他発達相談	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済み	()

VI これまでに受けたことのある検査がありましたらご記入ください。

頭 部 MRI	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳)	結果
頭 部 CT	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳)	結果
血 液 検 査	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳)	結果
脳 波 検 査	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳)	結果
聴 力 検 査	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳)	結果

Ⅶ これまでに相談された相談機関や医療機関がある場合は以下にご記入ください。

○相談機関の場合

相談機関名	相談開始日	結果
例：〇〇市保健センター	令和〇年〇月〇日～	3歳健康診査後に発達検査を受け、療育機関を案内された

○医療機関の場合

病院名	初診日	結果	継続中の場合
例：〇〇病院 小児科	令和〇年〇月〇日～	・診断後、作業療法の訓練開始	○

Ⅷ これまでに発達検査（知能検査）を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。検査結果をお持ちの場合は診察時に持参ください。

検査実施機関名	受検時の年齢	どのような説明を受けましたか？

Ⅸ お子さまの日常生活の様子で当てはまるものがあればチェックを入れてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい | <input type="checkbox"/> 名前を呼ばれても振り向かない |
| <input type="checkbox"/> 落ち着きなく動き回る | <input type="checkbox"/> 些細なことで不安になる |
| <input type="checkbox"/> 集中しにくい | <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れにくい |
| <input type="checkbox"/> 切り替えが苦手 | <input type="checkbox"/> よくかんしゃくをおこす |
| <input type="checkbox"/> 人見知りや場所見知りが強い | <input type="checkbox"/> 大きな音が苦手 |
| <input type="checkbox"/> 極度にマイペース | <input type="checkbox"/> すぐに人や物を叩く |
| <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い | <input type="checkbox"/> 整理整頓ができない |

○以下の項目は、小学生以上のお子さまのみご記入ください。

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 授業中に立ち歩く | <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い |
| <input type="checkbox"/> 音読が極端に苦手 | <input type="checkbox"/> 書字が極端に苦手 |
| <input type="checkbox"/> 計算が極端に苦手 | <input type="checkbox"/> 作文が極端に苦手 |

X お子さまの集団生活の様子についてご記入ください。

保育園 / 幼稚園	歳～ 歳まで【園名 】 集団内での様子 何か指摘はありましたか？
小学校1～2年生	友人関係、学習関係で心配なことはありましたか？
小学校3～4年生	友人関係、学習関係で心配なことはありましたか？
小学校5～6年生	友人関係、学習関係で心配なことはありましたか？
中学校	友人関係、学習関係で心配なことはありましたか？

XI 家族構成についてご記入ください。（同居されている方のみ）

※個人情報のため、ご記入は自由です。

続柄	名	前生年月日	職業/学年	備考

ご記入していただく内容は以上になります。ご協力ありがとうございました。
患者さまの個人情報につきましては、「個人情報保護法」および厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、個人情報の保護に細心の注意を払います。

