



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。また当院では診療情報を取得・活用することにより、より質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

- ※ 診断までの基本的なながれとしては、初診日から最低3回のご来院をお願いしております。そのため、初診では発達検査は実施できません。
- ※ 過去に発達検査をされている方は結果を必ずご持参ください。
- ※ 他院からの転院希望の方は、紹介状をご持参ください。
- ※ 園や学校の先生からのご指摘で診察をご希望される方は、園や学校での様子がわかるような簡単な書面をご準備いただくよう先生方にご依頼ください。
- ※ 診察室には、ご本人と保護者の方計2名での入室をお願いしております。

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか。
(マイナ保険証で取得した診療情報は、より質の高い診療に活用されます。)

- 同意する。(マイナ保険証を利用する。)
- 同意しない。(マイナ保険証を利用しない。)

↓↓↓

★のついている項目は必ずご記入下さい

↓↓↓

		★記入日	年	月	日
★ ^{フリカナ} 受診者氏名	男・女	★生年月日	(年	月
★所属	(年生)	記入者氏名(続柄)	歳	カ月)	日
★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	

★ I 当クリニックを受診された理由、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。

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 現在服用中のお薬はありますか？ (いいえ・はい→お薬名：)
- ③ てんかん発作を起こしたことはありますか？ (いいえ・はい)
- ④ 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	○

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	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。

