

初診時間診票

記入日

年

月

日

お名前

年齢

記入者

お子さんとの続柄 ( )

診察を円滑に行うため、お手数ですがご記入ください。あてはまるものは口にチェックを入れてください。該当しない場合は空欄で構いません。

医師記入欄

1、今回受診されましたのは、どのような心配や問題のためでしょうか？

[ ]

2、当センター受診の目的は何でしょうか？以下の選択肢より選んでください。

- 評価や診断を受けたい
- 療育を受けたい
- 薬物治療について相談したい
- 装具を作りたい
- 手帳や年金の診断書作成
- ショートステイ
- その他 ( )

3、当センターに受診されるまでの経過を具体的にお書きください。

前記の心配や問題が始まった時期や、利用した相談機関や病院、健診や受診で指摘されたこと、受けた診断や評価などを記載してください。

[ ]

4、家族構成をご記入ください。(同居されているか)

お名前	続柄	生まれた年	年齢・所属

ご家族・親族で、病気や障害をお持ちの方はいますか？

[ ]

5、母子手帳を確認し、妊娠、出生～発達歴、予防接種歴について教えてください。

妊娠中：  自然妊娠  不妊治療  
 妊娠経過に、  異常なし  あり ( )  
 出生時： 妊娠期間 (      週      日)  
 分娩方法  自然  誘発  吸引  
                   帝王切開 (  予定  緊急)  
 体重 (              g)、身長 (              cm)、頭囲 (              cm)  
 分娩異常なし  
 分娩異常あり (  仮死、その他 (              ) )  
 新生児期：  治療なし  
                   治療あり (  保育器  酸素投与  人工呼吸器 )  
                  その他 (              )  
 黄疸；  ふつう  強い (  光線療法  交換輸血 )  
 栄養；  母乳  混合  人工  経管栄養  
  
 発達： 首のすわり (      ) か月、寝返り (      ) か月、ひとり座り (      ) か月、  
 はいはい (      ) か月、つかまり立ち (      ) か月、ひとり立ち (      ) か月、  
 つたい歩き (      ) か月、ひとり歩き (      ) か月  
 あやし笑い (      ) か月、ひとみしり (      ) か月、  
 バイバイなどの動作のまね (      歳      か月)、指さし (      歳      か月)  
 意味のある言葉 (      歳      か月)、二語文 (      歳      か月)  
  
 予防接種：  BCG  四種混合 (DPT-IPV)  ヒブ  肺炎球菌 (プレベナー)  
                   MR (麻疹・風疹)  水痘  日本脳炎  
                   B 型肝炎  ロタ  おたふく  
                  その他 (              )

6、今までにかかった病気について伺います。

中耳炎  肺炎  気管支ぜんそく  尿路感染症  
 アトピー性皮膚炎  てんかん  熱性けいれん  髄膜炎  頭部外傷  
 その他 (              )  
 アレルギー； 食品 (              )、薬品 (              )、その他 (              )  
 入院歴； (              )  
 手術歴； (              )  
 現在かかっている病気、内服中の薬： (              )  
 医療的な処置： (              )

7、お子さんの現在の生活について教えてください。

睡眠：夜（ ）時～朝（ ）時

お昼寝；あり（ ）時間 なし

睡眠について心配がありますか？

寝つきが悪い 夜泣きがある

その他（ ）

食事：口から食べる（形態； ） 経管栄養

自分で食べる（手づかみ スプーン フォーク 補助箸 箸）

こぼしやすい 介助されるのを待つ 気が散りやすい

偏食が強い その他（ ）

身だしなみ・入浴：自分でできる 声かけをする 介助（ ）

更衣：Tシャツ（着る 脱ぐ）、ズボン・パンツ（着る 脱ぐ）、

靴・靴下（履く 脱ぐ）、ボタン（できる できない）

手伝えばやろうとする（腕を通すなど）

排泄：尿 オムツ必要 トイレ（連れて行けばできる 自分で行ける）

夜のみおねしょあり 出ても知らせない

便 オムツ必要 トイレ（連れて行けばできる 自分で行ける）

お尻を拭くのは手伝う 出ても知らせない

好きな遊び：（ ）

テレビやDVD、タブレット、スマホ、電子ゲームなどの使用：（1日 ）時間）

行動：気持ちの切り替えが難しい 初めての人や場所に慣れにくい

落ち着きがない 他の子どもに手が出やすい 思いついたらすぐ行動

同世代の子どもと遊ぶのが苦手 手先が不器用

体の使い方がぎこちない・運動は下手 怖がり（ ）

こだわりがある（ ）

危険行動：危険がわからない わかるが我慢できない 問題なし

8、お子さんの言葉やコミュニケーションについて教えてください。

言葉の理解：言葉の理解が悪い 簡単な指示理解ができる

日常生活では困らない

その他（ ）

言葉の表出：言葉なし 喃語のみ 単語 二語文 三語文以上

助詞や接続詞の使用あり 発音が悪い どもる

その他（ ）

やりとり・会話：視線が合いにくい 呼んでも反応しない

やりとりができない 会話にならない オウム返しがある

同じ質問を繰り返す 自分のことを説明できない

会話をしているにもかかわらず一方通行に言いたいことばかり言う

好きなことを話し出すと止まらない

幼稚園や保育園、学校ではしゃべらない

その他（ ）

9、お子さんの社会生活について教えてください。

医師記入欄

保育園・幼稚園：( ) 歳～

保育園・幼稚園

小学校：

小学校 (  通常  支援級  通級 )  
特別支援学校

中学校：

中学校 (  通常  支援級  通級 )  
特別支援学校

高校以上：

デイサービスなど：

習い事 ( )

10、手帳はお持ちですか？

身体障害者手帳 ( 障害名 ) ( 級 )  
( 年 月 日 交付 )

療育手帳 ( 判定 ) ( 年 月 日 交付 )

精神障害者保健福祉手帳 ( 級 ) ( 年 月 日 交付 )

以上です。ありがとうございました。