



外来問診表



| | 名前 | 続柄 | 年齢 | 性別 | 職業、学校、幼稚園、通園施設先など |
|-------|-------|----|-----|----|-------------------|
| 記載(例) | 誠愛 二郎 | 父 | 33歳 | 男 | 誠愛病院勤務 |
| 家族構成 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



| | 名前 | 続柄 | 年齢 | 性別 | 職業、学校、幼稚園、通園施設先など |
|-------|-------|------|-----|----|-------------------|
| 記載(例) | 誠愛 太郎 | 父方祖父 | 63歳 | 男 | 誠愛病院勤務 |
| 親族 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ご家族や血縁の方に同様の病気や発達の気になる方がいらっしゃればご記載ください。

[]

(1) 妊娠中の状況をおうかがいたします。

| | | | |
|-----|---|----------|-----|
| 妊娠中 | ○妊娠中に飲酒(アルコール)の習慣はありますか? | はい | いいえ |
| | ○妊娠中に喫煙の習慣はありますか? | はい | いいえ |
| | ○妊娠中に何か心配することはありましたか?ある場合は下記に記載してください。 〔例:妊娠中毒症など〕 | 【1日 本程度】 | |

(2) 出生時の状況をおうかがいします。母子手帳をみながらできるだけ記載をお願いします。

| | |
|-----|---|
| 出生時 | ○何歳の時に出産されましたか? (歳) |
| | ○()週で出産/ 体重(g)/ 身長(cm)/ 頭囲(cm)/ 胸囲(cm) |
| | ○出産時に仮死が (あった / なかった) |
| | ○出産は(自然分娩 / 帝王切開 / 吸引分娩 / その他) |
| | ○出産時に何か心配なことがあった場合は下記に記載してください。 〔例:黄疸など〕 |

(3) 乳幼児期の発達状況についてお伺いします。母子手帳をみながらできるだけ記載をお願いします。

| | |
|------|---|
| 運動発達 | 首がすわる(月) 寝返り(月) 座位(月) ハイハイ(月) ひとり立ち(月) 伝え歩き(月) ひとり歩き(月) |
| 言語発達 | 声を出して笑う(月) 初語()歳()ヶ月 二語文()歳()ヶ月 指差し()歳()ヶ月 |

(4) かかりつけの病院、小児科、内服している薬、他の療育機関を利用されている場合はご記入ください。

| |
|--|
| ○かかりつけの小児科もしくは医療機関() |
| ○これまでに大きなケガ、病気をしたことがありますか?具体的に記載してください。 例:1歳の時に、高熱で痙攣をおこし○△病院へ救急搬送され入院し、てんかんと診断された。 |
| [] |
| ○以前もしくは現在継続して服用している薬があれば記載してください。 |
| [] |
| ○アレルギーはありますか? はい()・いいえ |

(5) 現在の基本的生活習慣についてお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。(複数回答可) また、【ある】の場合は()の中に詳しく記載してください。

| | |
|---|---|
|  食事 | <input type="checkbox"/> 離乳食開始は()ヶ月頃。現在は(初期・中期・後期・普通食) <input type="checkbox"/> 食事は(手掴み・スプーン・エジソン箸・箸)を使い(一人で食べる・お手伝いが必要) <input type="checkbox"/> 飲み物は(一人で飲むことができる・手伝ってもらおうと飲むことができる) <input type="checkbox"/> 飲むときは(哺乳瓶・マグマグ・コップ・ストロー)を使います。 <input type="checkbox"/> 偏食が(ある⇒ . ない) <input type="checkbox"/> 食事に関して何か心配なことがあれば記載してください。 [] |
|---|---|

| | |
|--|--|
|  排泄 | <input type="checkbox"/> 排便は(毎日でる・便秘ぎみである・その他) <input type="checkbox"/> トイレは(一人で全てできる・お手伝いが一部必要・全てお手伝いが必要) <input type="checkbox"/> 現在(オムツ・トレーニングパンツ・パンツ)を使っている。 <input type="checkbox"/> トイレ自立(一人でトイレに行き処理まで)したのは何歳ですか?(歳)・自立していない ※以下3つはトイレが自立していない場合に記載してください。 <input type="checkbox"/> ☆事前に排尿を(教えてくれる・教えてくれない) <input type="checkbox"/> ☆事前に排便を(教えてくれる・教えてくれない) <input type="checkbox"/> ☆トイレの最後に(仕上げ拭きが必要・手伝いの必要はない) <input type="checkbox"/> 排泄に関して何か心配なことがあれば記載してください。 [例:夜尿など] |
|--|--|

| | |
|-------|--|
| 入浴・更衣 | <input type="checkbox"/> ボタンをとめることが(一人でできる・できない・少しお手伝いが必要) <input type="checkbox"/> 上着は(かぶりもの・前あきブラウス・何でも・お手伝いがあれば)一人で(できる・できない) <input type="checkbox"/> 下着は(一人で・少しお手伝いが必要・足を上げて協力)着ることができる。 <input type="checkbox"/> 入浴の際に体を(一人で洗う・洗えていないところだけ洗ってあげている・洗ってあげている) |
|-------|--|

| | |
|----|--|
| 睡眠 | 起きる時間: _____ 寝る時間: _____ <input type="checkbox"/> 睡眠は(良好である・寝つきが悪い・途中で起きてしまう) <input type="checkbox"/> 睡眠に関して何か心配なことがあれば記載してください。 [] |
|----|--|

| | |
|----|-----------|
| 遊び | 好きな遊び [] |
|----|-----------|

(6) 保育園や幼稚園、学校、家庭での様子をできるだけ具体的にご記載ください。

○保育園、幼稚園での様子(園の先生からの報告でもかまいません)

例) 友達と仲良く遊べているか、集団行動ができているか、楽しく通園できているか等

[]

○小学校での様子(学校の先生からの報告でもかまいません)

例) 友達関係、集団行動ができているか、楽しく通学できているか、落ち着いて学習できているか等

[]

○ご家庭での様子、心配していること



[]

○本日診察で特に聞いておきたいこと

[]

7) 交通手段についてお伺いします。あてまるものに○をつけてください。

○本日は、自家用車(運転手:)・バス・電車・タクシー・徒歩・で来院。

※今後來院方法が変わる場合はご記載ください。()



(8) 現在利用している制度、サービスをお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。

【ある】の場合、()の中に等級を記載してください。

| | | | | |
|----|--------------------|----------|---|-----|
| 手帳 | ○療育手帳はお持ちですか？ | はい () | ・ | いいえ |
| | ○身体障害者手帳はお持ちですか？ | はい (級) | ・ | いいえ |
| | ○精神障害福祉手帳はお持ちですか？ | はい (級) | ・ | いいえ |
| 手当 | ○特別児童扶養手当は受けていますか？ | はい (級) | ・ | いいえ |
| | ○障害児童福祉手当は受けていますか？ | はい | ・ | いいえ |

| | | | | |
|------|--------------------------------|--------|---|-----|
| サービス | ○療育機関・施設に通っていますか？ | はい () | ・ | いいえ |
| | ○デイサービス・ヘルパー等の福祉サービスを利用していますか？ | はい () | ・ | いいえ |



(9) 機器・装具についてお伺いします。

| | | | | |
|-------|-------------------------------------|-------|------------|--------|
| 機器・装具 | ○現在お持ちの機器・装具があれば、あてはまるものに○をつけてください。 | | | |
| | 短下肢装具 | 長下肢装具 | 足底板 | コルセット |
| | 保護帽 | 車椅子 | 座位保持装置 | カーシート |
| | 立位保持装置 | 歩行器 | 杖(クラッチ杖など) | その他() |

○福祉サービス・制度について知りたいことがありましたらご記載ください。

[]

