

◎受診に際してのご案内◎

- ・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。
- ・発達検査等は、診察の中で実施の必要性を判断させていただきますので、必ず実施できるものではない事をご了承くださいませ。
 - ・過去に発達検査等を受検されている方は結果をご持参ください。
 - ・かかりつけの他院から転院される場合は、紹介状をご持参ください。
(初診日に間に合わない場合は後日持参でも結構です)
- ・園や学校からのご指摘で診察を希望される方は、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。

◎マイナ保険証についてのご案内◎

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おります。
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。

※マイナ保険証の利用に同意いただける場合は、診察日当日、保険証とマイナンバーカードをご持参ください。

◎問診票の記入についてお願い◎

次ページからは、初診時の問診票となります。
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。当院ホームページよりダウンロードできない等の問題がございましたら、当院までご連絡くださいますようお願いいたします。





つくだクリニック 初診 問診票



記入日 年 月 日

受診者氏名 <small>フリカナ</small>	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)

マイナ保険証	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
--------	-------------------------------	--------------------------------

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	

受給中の手当	特別児童扶養手当 有/無	障害児福祉手当 有/無	
各種手帳	療育手帳 有/無	精神手帳 有/無	身障手帳 有/無

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	○

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

