

福岡県こども療育センター新光園

初診問診票（共通）

ふりがな

お名前： _____ 男 ・ 女

生年月日： 平成 ・ 令和 _____年_____月_____日生（ _____歳 _____か月）

未就園 ・ 年少 ・ 年中 ・ 年長 ・ 小学生（ _____年生） ・ 中学生（ _____年生）

記入者： _____ 続柄： _____ 記入日： 令和 _____年 _____月 _____日

質問がたくさんありますが、この資料をもとに、よりよい診療を受けていただけるよう、準備をしたいと思いますので、最後までどうぞよろしく願いいたします。不明な点がある場合は、当園スタッフにご相談ください。尚、問診票などの個人情報をご提供いただく場合は、当園における診療・治療目的の範囲内で利用いたします。

1. 今回の受診目的は何ですか？具体的にお書きください。

2. 今回当園を受診されたきっかけを教えてください。

・ どのような問題/状況が（例：言葉の成長がゆっくり/学習の遅れ）

・ いつ頃から/どんなきっかけで（例：町の健診で指摘されてから/小3の頃から）

・どこへ相談した（例：かかりつけ医/役場の窓口）

・どんなアドバイスまたは治療を受けた（例：様子を見るように言われた/薬を処方された）

3. 今までの子育てで、設問1以外で、心配なことや、困ったことがありましたらお書きください（例：3か月頃、体重が増えなかった、10か月頃、お座りが遅かった、1歳頃、かんしゃくがひどかった）

4. 今回の受診で不安に感じていることがありますか？

5. 現時点での希望はありますか？（当てはまるものすべてに☑してください）

※ただし、診察時に医師が判断しますので、希望通りにならない場合もあります

まだはっきりとわからない

発達の状態を知りたい

訓練・療育を受けたい

対応の仕方を知りたい

診断を知りたい

手術をうけたい（整形外科）

装具を作りたい（整形外科）

薬物治療を受けたい

診断書/意見書などの書類を作成して欲しい → 書類の名称/目的/提出期限を教えてください

その他（ _____ ）

6. これまでに、当園以外で発達に関する診断を受けたことがありますか？（当てはまるものに☑してください）
- 受けたことがない
- 受けたことがある → 診断を受けた時期/施設名/診断名を教えてください
-
-
7. これまでに、医療・福祉・教育機関で、療育など発達のフォローアップ（定期的に経過をみていくこと）を受けたことがありますか？（当てはまるものに☑してください）
- 受けたことがない
- 受けたことがある → 施設名/時期を教えてください
-
-
8. これまでに、当園以外で発達検査または知能検査を受けたことがありますか？（当てはまるものに☑してください）
- 受けたことがない
- 受けたことがある → 検査した時期/施設名/検査の種類/結果を教えてください
-
-
9. 市町村が発行する手帳や医療証をお持ちですか？（当てはまるものすべてに☑してください）
- 身体障害者手帳 → 種別（○をつける）、等級を教えてください
種別： 視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 肢体 ・ その他（_____）（_____）級
- 療育手帳 → 判定を教えてください（○をつける）： A1 ・ A2 ・ A3 ・ B1 ・ B2
- 精神障害者保健福祉手帳 → 等級を教えてください： _____級
- 子ども医療証
- 重度障害者医療証
- ひとり親家庭医療証
- 障がい福祉サービス受給者証
- 通所受給者証
- 地域生活支援サービス受給者証
10. お子さんは大学病院、こども病院、その他の総合病院小児科専門外来（例：神経外来、アレルギー外来）に定期的（年に1回など）に通院されていますか？（当てはまるものに☑してください）
- いいえ
- はい → 医療機関名/診療科名/担当医名を教えてください
-
-

11. 地域のかかりつけ医（予防接種のときや風邪をひいたときに受診する所）はありますか？（当てはまるものに☑してください）

いいえ

はい → 医療機関名（_____）

12. 今まで受けた健診で指摘を受けたことがありますか？（当てはまるものすべてに☑してください）

4か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（_____）
7か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（_____）
10か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（_____）
1歳半健診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（_____）
3歳健診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（_____）
園の健診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（_____）
学校健診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（_____）

その他：_____

13. お子さんは過去に当園を受診したことがありますか。（当てはまるものに☑してください）

なし あり（いつ_____）

14. 現在も含めたこれまでの保育・教育歴についてお書きください。

（_____）保育園（_____歳 ~ _____歳）

（_____）幼稚園（_____歳 ~ _____歳）

（_____）小学校 → 通常級 支援級 通級

（_____）中学校 → 通常級 支援級 通級

（_____）特別支援学校 → 小学校 中学校 高等部

（_____）特別支援学校 → 小学校 中学校 高等部

転校・転籍したことがありますか？

なし あり（いつ_____どこからどこへ_____）

受けたことがある相談 教育相談 → いつ：_____

就学相談 → いつ：_____

15. 以下の福祉サービスなどを利用していますか？（当てはまるものすべてに☑してください）

訪問看護（事業所名_____）

訪問ヘルパー（事業所名_____）

ショートステイ（事業所名_____）

児童発達支援事業（事業所名_____）

放課後等デイサービス（事業所名_____）

他機関のリハ（PT・OT・ST・心理）（施設名_____）

その他（_____）

16. 家族構成と、お子様との関りを教えてください（両親・きょうだい・祖父母まで）

続柄	年齢	保・幼・学校・職業	同居
例) 兄	14歳	中学2年	○
父			
母			
兄・姉・弟・妹			
兄・姉・弟・妹			
兄・姉・弟・妹			
兄・姉・弟・妹			
父方祖父			
父方祖母			
母方祖父			
母方祖母			

17. お母さまは現在妊娠していますか？（当てはまるものに☑してください）

いいえ

はい → 予定日を教えてください：令和____年____月____日

18. 育児のサポートをしてくれる方はいますか？（当てはまるものに☑してください）

はい → どなたですか：_____

いいえ

19. ご家族の中に、発達や精神的な面で診断や療育、カウンセリング、薬の処方を受けている方はいますか？（当てはまるものに☑してください）

いいえ

はい → 「はい」と答えた方は、さしつかえなければ詳細を教えてください

20. ご家族で、当園を利用したことのある（または、利用している）方はいますか？（当てはまるものに☑してください）

いいえ

はい → 「はい」と答えた方は、さしつかえなければ詳細を教えてください

21. 妊娠・出生から現在までの育ちの様子について、母子手帳で確認しながらご記入をお願いします。
(当てはまるものに☑してください)

妊娠中

妊娠中の異常 なし あり→胎児が小さかった 切迫流産 切迫早産
羊水過多 羊水過少 胎動が少なかった
多胎妊娠 発熱 その他 (_____)

妊娠中のたばこ なし あり

妊娠中のお酒 なし あり

出生時

お母さまの年齢 (____)歳 お父さまの年齢 (____)歳
予定日 (平成 令和____年____月____日)
妊娠期間 (____週____日)
分娩方法: 自然分娩 頭位 骨盤位(さかご) 吸引分娩 鉗子分娩
帝王切開(緊急 既往) 多胎出産
出生体重 (____)g 身長 (____)cm 頭囲 (____)cm
出生時の異常 なし あり(内容:_____)

新生児期(生まれてからおおよそ1か月まで)

NICU(新生児集中治療室)の入院
なし → 黄疸は強かったですか? いいえ はい 光線療法を受けた(約____日間)
1か月健診で指摘を受けましたか? いいえ
はい(_____)

あり → 約____日間(医療機関名:_____)

NICUで受けた治療 保育器 (約____日間)
人工呼吸器 (約____日間)
酸素投与 (約____日間)
光線療法 (約____日間)
チューブ栄養(約____日間)
抗けいれん薬投与
その他(_____)

栄養方法は何でしたか? 母乳 人工乳 混合 チューブ栄養
その他:_____

発達状況

首が座った ____歳____か月頃 まだ 不明
寝返り ____歳____か月頃 まだ 不明
肘這い ____歳____か月頃 まだ 不明

- | | | | |
|-----------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 起き上がって座る | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 四つ這い | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| つかまって立ち上がる | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 伝い歩き | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 一人歩き | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 追視 | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| あやすと笑う | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 「バー」「ブー」などの繰り返し | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 「ワンワン」など意味のある言葉 | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 「ワンワンいた」などの二語文 | <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ か月頃 | <input type="checkbox"/> まだ | <input type="checkbox"/> 不明 |

予防接種

接種したものをチェックし、回数を○で囲んでください。

- インフルエンザ菌 b 型 (Hib) (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)
- 小児肺炎球菌 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)
- 4 種混合・3 種混合 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)
- BCG MR(麻疹・風疹) (1 期 ・ 2 期) 水痘 (1 回 ・ 2 回)
- 日本脳炎 (1 回 ・ 2 回 ・ 1 期追加 ・ 2 期)
- B 型肝炎 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回) ロタウイルス (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)
- 二種混合 (ジフテリア・破傷風) (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)
- おたふく (1 回 ・ 2 回) 子宮頸がん (HPV) (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)
- ポリオ

22. お子さんの健康状態に関して、ご記入をお願いします。

今までにかかった病気を教えてください (当てはまるものすべてに☑してください)

- 突発性発疹 (_____ 歳 _____ か月頃)
- 麻疹 (はしか) (_____ 歳 _____ か月頃)
- 風疹 (_____ 歳 _____ か月頃)
- 水痘 (水ぼうそう) (_____ 歳 _____ か月頃)
- ムンプス (おたふくかぜ) (_____ 歳 _____ か月頃)
- 熱性けいれん (_____ 歳 _____ か月頃)
- てんかん (_____ 歳 _____ か月頃)
- 髄膜炎 (細菌性・無菌性) (_____ 歳 _____ か月頃)
- 脳炎・脳症 (_____ 歳 _____ か月頃)
- 頭部外傷 (_____ 歳 _____ か月頃)
- アレルギー → 原因を教えてください (食品/薬剤/動物など)

-
- アレルギー性鼻炎
- アトピー性皮膚炎

気管支喘息

中耳炎

聞こえの異常 → 具体的に教えてください： _____

目の異常 → 具体的に教えてください： _____

その他 (_____)

NICU 以外に、2 週間以上入院したことがありますか？ (当てはまるものに☑してください)

なし

あり → 入院した時期/病名/入院先を教えてください

手術したことがありますか？ (当てはまるものに☑してください)

なし

あり → 手術した時期/病名/病院名を教えてください

今まで受けたことのある検査を教えてください (当てはまるものすべてに☑してください)

染色体検査 → 異常なし 異常あり (_____)

脳波 → 異常なし 異常あり (_____)

心臓超音波検査 → 異常なし 異常あり (_____)

腹部超音波検査 → 異常なし 異常あり (_____)

眼科の検査 → 異常なし 異常あり (_____)

耳鼻科の検査 → 異常なし 異常あり (_____)

頭部 CT → 異常なし 異常あり (_____)

頭部 MRI → 異常なし 異常あり (_____)

現在治療中の病気はありますか？ (当てはまるものに☑してください)

なし

あり → 病名/通院先/治療の内容を教えてください

必要とする医療的ケアはありますか？ (当てはまるものすべてに☑してください)

人工呼吸器 気管切開 鼻咽頭エアウェイ 酸素療法 吸引 ネブライザー吸入

経鼻胃管 胃ろう 腸ろう 中心静脈栄養 透析 導尿 消化管ストーマ

その他 (_____)

訪問診療を受けていますか？（当てはまるものに☑してください）

いいえ

はい → 医療機関名： _____

23. 紹介元から受診を勧められた科はありますか？（当てはまるものすべてに☑してください）

なし 小児科 児童精神科 整形外科 歯科

24. 当園のことは、どのようにして知りましたか。（当てはまるものすべてに☑してください）

病院・施設の紹介（どこ _____） 乳幼児健診

知人の勧め インターネット その他（ _____ ）

25. 通院方法は何ですか。（当てはまるものすべてに☑してください）

徒歩（自転車を含む） 公共交通機関（ バス 電車） 自家用車（運転者 _____）

通院時間： _____ 時間 _____ 分

26. 今までの質問に関すること以外で何かありましたら、お書きください。

整形外科を受診される患者様：記入はここまでです。ありがとうございました。

小児科を受診される患者様：年齢別の初診問診票（0歳～3歳用、4歳～年長用、小・中学生用）がありますので、年齢に応じた問診票に引き続き記入をお願いします。