

初回相談日

◎ おおや こども クリニック

発達相談問診票

ID

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 (月齢 : 歳 ヶ月)	平成 年 月 日
〒 住所		自宅 () 携帯 ()	— (父・母)
※連絡が付きやすい番号をお願い致します。			
所属 未就園児 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校			

① 現在、不安に思われていること、気になることはどのようなことですか？具体的にご記入ください。

(

それはいつ頃から気になりましたか？ (歳 頃)

かかりつけ医の小児科はどちらですか？ ()

かかりつけ医の先生には相談していますか？ (はい ・ いいえ)

② これまでに健診などで発達の遅れを指摘されたことはありますか？

(ある ・ ない)

(「ある」と答えた方) それについて療育センターや病院などを受診されましたか？

(受診した ・ 受診していない ・ 予約中 / 月 日)

(「受診した」と答えた方) その時、診断名を言われましたか？

(言われたー診断名 : 言われていない)

これまで病院・訓練施設・保健センターなどに通っていたことはありますか？

(ある ・ ない)

→「ある」と答えた方は施設の名称と頻度、期間をご記入ください。

(名称 : 頻度 : 月に 回 / 週に 回 期間 : 年 月 ~ 年 月)

(名称 : 頻度 : 月に 回 / 週に 回 期間 : 年 月 ~ 年 月)

③ 運動発達についてお伺いします。

* 首のすわり (ヶ月) * 寝返り (ヶ月) * おすわり (ヶ月)

* はいはい (ヶ月) * つかまり立ち (ヶ月) * 一人歩き (ヶ月)

④ ことばについてお伺いします。

最初に意味のある言葉 (パパ・ママなど) を言い始めたのはいつ頃でしたか？ (歳 ヶ月頃)

* どんな言葉でしたか？ ()

* いったん話していた言葉を言わなくなった事がありますか？ (ある ・ ない ・ わからない)

* 話しかけられたことをどの程度理解できますか？

(ほぼ理解できる・簡単な言葉は理解できる (例 : おいで、ちょうだい) ・ ほぼ理解できない・わからない)

⑤ 下記の表から、初回相談日の来院希望時間を○でご記入ください。

(月・土曜日は予約を受付しておりません。ご注意ください。)

月	火	水	木	金	土
	10 : 10 - 11 : 10	10 : 10 - 11 : 10	10 : 10	10 : 10 - 11 : 10	
	15 : 10	15 : 10		15 : 10	

- ⑥ お子様の日常生活で困っていること、医師に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

- ⑦ 現在同居中のご家族の構成についてご記入ください。

続柄	お名前	年齢	ご職業
父			
母			
本人			

[提出について]

- * 問診表の項目をご記入の上、当院までご提出ください。問診票と療育センターからの情報提供書と問診票が到着次第、当院より日程調整のお電話をさせていただきます。
- * 個人情報ですので、くれぐれも番号・住所をお間違えのないようお願いいたします。郵送される際は、念のためコピーを取られることをお勧めします。
- * 当院にお送りいただいた個人情報は、万全の体制で取り扱いしております。また患者様の許可なく第三者へ提供することはありません。

[ご来院の際には…]

- 保険証・子ども医療証（就学前のお子さま）・母子手帳を必ずご持参ください。母子手帳をお忘れになった際は取りに帰って頂く場合、もしくは日程を改めてご相談頂く場合があります。ご了承ください。
- 当院は小児科・内科外来もございます。そのため、診察状況によってお待たせすることもあります。何卒ご了承ください。
- 初回の相談は30分程度で、医師による成育歴などの聴取、再診1回目は臨床心理士による発達検査、再診2回目は医師の説明という流れになっております。お時間に余裕をお持ちの上、ご来院ください。
- 初回、再診1回目の来院時は必ずご本人同伴でご来院ください。
- 予約のキャンセル・変更・またはご不明な点がございましたら、下記までお尋ねください。
- ご連絡・来院がない場合、受付をお取り消しさせていただきます。
- ご連絡は診療時間内にお願いします。

おおやこどもクリニック 福岡市早良区南庄 3-6-30
TEL092-834-5608

院内記入欄
