

ID: _____

ふりがな 氏名 _____ 男・女 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C
 年齢 _____ 才 _____ ヶ月 _____ (保育園、幼稚園、小・中・高校)

※必ずご回答をお願いします

来院時にマイナ保険証で受付しましたか はい・いいえ
 薬剤・特定健診の情報取得に同意しましたか はい・いいえ
 他院からの紹介状をお持ちですか はい・いいえ
 当院をどのようにお知りになりましたか 建物看板・HP・友人知人・その他 ()

1. いつからどのような症状がありますか

記載例 : 咳 3日前から

2. 今までに大きな病気(手術など)にかかったことはありますか あり・なし

病名 :

病院名 :

治療内容:

手術歴 : あり・なし

輸血歴 : あり・なし

3. 現在、治療中の病気はありますか あり・なし

記載例 : ○○病院、アレルギー、舌下治療中、シダキュア・ミティキュア内服中

病院名 :

病名 : 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ その他 ()

内服薬 : あり・なし

↳ ()

4. 今までに感染症にかかったことがありますか あり・なし

突発性発疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ その他 ()

5. 今までにお薬や食べ物でアレルギーはありませんでしたか あり・なし

卵・牛乳・小麦・ナッツ類・くだもの・そば・薬剤・その他 ()

6. この1年間で下記健診を受診しましたか はい・いいえ

4ヶ月健診・10ヶ月健診・1歳半健診・3歳児健診・よかどっく・特定健診・高齢者健診

↳ 受診時期:

7. 嗜好品についてお尋ねします

飲酒歴 : なし・あり (日本酒・ビール・焼酎 ml/日)

喫煙 : なし・あり (本/日 年間)

8. 女性の方にお尋ねします

現在、妊娠中(妊娠の可能性を含む)又は授乳中ですか はい・いいえ

なし → 最終月経 _____ あり → 現在妊娠 _____ 週

診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めてまいります。

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お願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算 1 6点、加算 2 2点 (再診時)加算 3 2点

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 日)	平成 年 月 日 (月 日 日)
〒 住所		☎自宅 () 携帯 ()	— — (父・母)
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→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 (月) * 寝返り (月) * おすわり (月)

* はいはい (月) * つかまり立ち (月) * 一人歩き (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 月頃)

* どのような言葉でしたか？ ()

* 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ありましたら、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をお願いします。

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
