

初診時間診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
お子さまの 名前		男・女	所 属	幼稚園・保育園 小学校
電 話	携帯（父）： _____ 自宅： _____ 携帯（母）： _____ ※主な連絡者に丸を付けてください（父・母） ※月～金曜の9：00～16：30の間で、繋がりやすい時間帯（ _____ ）			

1) 本日受診された理由（気になることなど）をお書きください。

* ご本人が気になること（困っていること）： _____

* ご家族が気になること（困っていること）： _____

※ いつ頃から、どのような症状・状態が、どのような経過で生じたかなど、なるべく詳しくご記入ください。

（ _____ 年 月ごろ、あるいは _____ 歳ごろから ）

2) ご家族についてご記入ください（同居の方を○で囲ってください。亡くなった方がいれば、その方も含めてご記入ください）。

祖父 () 歳		父 () 歳		* 兄弟姉妹（ご本人も含めて）	
祖母 () 歳				() 歳 (男・女)	() 歳 (男・女)
祖父 () 歳	() 歳 (男・女)			() 歳 (男・女)	
祖母 () 歳	() 歳 (男・女)			() 歳 (男・女)	
	() 歳 (男・女)			() 歳 (男・女)	

* ご家族・ご親戚の中で、お子さまと似たような症状・状態の方がいますか？ （ いる ・ いない）

* ご家族・ご親戚の中で、精神的な問題で病院を受診したことがある方いますか？ （ いる ・ いない）

● 受診のきっかけはなんですか？

- 園や学校の先生からすすめられた 保護者自身が心配だった

保健所など市の相談機関からすすめられた 友人のすすめ その他 ()

● 当院に希望されることはなんですか？ (複数回答可能)

- 診断や検査を受けたい PT・OT・STを受けたい
 薬物治療について相談・検討したい 相談したい
 診断書を発行してほしい セカンドオピニオンを受けたい
 その他 ()

● 当院では、診断がつく場合は診断をお伝えしています。 診断を聞くことを了解している

診断は (まだ) 聞きたくない

● 上記の困りや問題のことで、これまでに他の相談機関・医療機関に相談されたことはありますか？療育、発達検査 (心理テスト) や脳波などの検査を受けたことはありますか？

いつ	どこで	そこでの助言、診断、治療・療育や検査の内容
年 月		
年 月		
年 月		

3) お母さまの妊娠前、妊娠中のことについて教えてください。

- 不妊治療 切迫早産・流産 妊娠高血圧 妊娠中毒症
 妊娠中の病気 妊娠中の薬物治療 アルコールの常用 喫煙
 その他 ()

4) お子さまの出生時のことを教えてください。

在胎 _____ 週 _____ 日 _____ g

- ・ 分娩時: 自然分娩 誘発剤を使用 吸引分娩 帝王切開
・ お子さまの状態: 保育器の使用 黄疸の治療 ひきつけ 仮死
 その他 ()

5) お子さまの乳幼児期の様子について教えてください。

運動	首のすわり (歳 か月) 寝返り (歳 か月) おすわり (歳 か月)
	ハイハイ (歳 か月) つかまり立ち (歳 か月)
	つたい歩き (歳 か月) 一人歩き (歳 か月)
	はじめての言葉 (歳 か月 何でしたか? :)

6) 1歳半健診・3歳児健診などを受けましたか？

* 健診で指摘されたことがあれば、ご記入ください。

- ・ 1歳半健診(受けた ・ 受けなかった ・ 指摘されたこと: _____)
- ・ 3歳児健診(受けた ・ 受けなかった ・ 指摘されたこと: _____)

7) 今までにかかった病気について、当てはまる項目に☑を付けて下さい。

- 突発性発疹 水ぼうそう てんかん 熱性けいれん 中耳炎
- その他 (_____)

薬物アレルギーの有無 ある (_____) ・ ない

現在飲んでいるお薬はありますか? (ある ・ ない)

8) 現在のお子さまの様子について教えてください。

体調	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 吐き気
	<input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食欲がありすぎる <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 夜中に起きる
精神面	<input type="checkbox"/> 人の目を気にする <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 極端に怖がる
行動面	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 離席がある <input type="checkbox"/> しゃべりすぎる <input type="checkbox"/> 衝動的
	<input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 不注意 <input type="checkbox"/> 忘れ物・なくし物が多い <input type="checkbox"/> 迷子になりやすい
	<input type="checkbox"/> ケアレスミスが多い <input type="checkbox"/> 同じことを何度も注意される
対人関係	<input type="checkbox"/> 目線が合わない <input type="checkbox"/> 声かけに反応しない <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い
	<input type="checkbox"/> 友人関係が築けない <input type="checkbox"/> 一方通行にしゃべる <input type="checkbox"/> 対人トラブルが多い
性格傾向	<input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 予定変更を嫌がる <input type="checkbox"/> 音に敏感 <input type="checkbox"/> 触覚に敏感
	<input type="checkbox"/> 気温の変化に敏感 <input type="checkbox"/> 偏食がある <input type="checkbox"/> 育てにくい
言葉	<input type="checkbox"/> 言葉が出ない <input type="checkbox"/> 言葉がおそい(増えない) <input type="checkbox"/> 指示が伝わらない
	<input type="checkbox"/> 発音不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音(どもり)
運動	<input type="checkbox"/> 歩かない <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> 姿勢が崩れやすい

9) 現在受けている支援内容(複数回答可)

チェック	利用している事業名、施設等	利用頻度等	事業所・施設名、支援内容等
	児童発達支援センター 児童発達支援事業所	週 回利用	・利用中(施設名: _____) ・利用予定(_____ 月から)
	親子教室	週 回利用	・利用中(施設名: _____) ・利用予定(_____ 月から)
	その他のサービス	週 回利用	・利用中(施設名: _____)

			・利用予定（ 月から）
--	--	--	-------------

10) これまでの集団歴について教えてください。

幼稚園 保育園 こども園	そのときの困りごとがあればお書きください 歳から
幼稚園 保育園 こども園	そのときの困りごとがあればお書きください 歳から

11) その他

お子さまについて気になっていたこと、気付いたことなど、何でもご自由にご記入ください。