

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
お子さまのお名前		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、繋がしやすい時間帯（ _____ ）			

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		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）

* 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）

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) 現在のお子さまのご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)

