

【竹重病院 初診問診票】

記入日： 年 月 日

フリガナ
受診者氏名： 様(男/女) 生年月日： 年 月 日(歳)

記入者氏名： 受診者との続柄()

(1) これまでの成長・発達経過をお尋ねします

① 出生時の状況に関して

- ・分娩場所 施設名： (県) (里帰り 現住所の地域)
- ・出生時の様子 体重 g 身長 cm 頭囲 cm
- ・在胎週数 週間 日
- ・分娩方法 正常分娩 帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩
- ・児の状態 多胎(双子など) 強い黄疸 臍帯巻絡 光線療法 (時間)
その他の異常：

- ・退院までの期間 日
- ・その他、気になったこと：

② お子さんの成長に関して(選択欄の場合、あてはまる所にをつけて下さい)

- ・首のすわり 歳 ヶ月～
- ・ハイハイができる 歳 ヶ月～
- ・(物につかまらず)一人で歩くことができる 歳 ヶ月～
- ・意味のある単語が言える(初めての言葉：) 歳 ヶ月～
- ・二語文を話す 歳 ヶ月～
- ・同世代の子どもとの関わり 興味関わりが薄い 年齢相応に遊べた 積極的 一方的
- ・後追いはしましたか した ・ しなかった ・ 過度にあった
- ・視線は合いましたか 合った ・ 合いにくかった ・ 合わなかった
- ・動きの多さ、落ち着きのなさ 気にならなかった ・ 気になった (例：)
- ・不器用さ 気にならなかった ・ 気になった (例：)
- ・感覚の敏感さ 気にならなかった ・ 気になった (例：)
- ・吃音(言葉のどもり) 気にならなかった ・ 気になった (例：)
- ・耳の聞こえ 気にならなかった ・ 気になった (例：)
- ・何らかの事件や事故、災害などの経験 なし ・ あり (内容：)

(2) お子さんの現在の日常生活の様子についてお尋ねします(あてはまる所にをつけて下さい)

【食事】⇒ 自立 一部介助 全介助

- ・使用中の道具： お箸 スプーン、フォーク 練習用箸 手づかみ
- ・偏食の有無： なし あり 偏食の特徴：

【排泄】⇒ 自立 一部介助 全介助

- ・現在の状況： トイレ使用 オムツ使用 夜のみオムツ使用
- ・排尿・排便： 予告可 予告不可 / 報告可 報告不可

【更衣】⇒ 自立 一部介助 全介助

- ・上 衣：自立 半介助 介助 ・下 衣：自立 半介助 介助
- ・ボタン：自立 半介助 介助 ・ファスナー：自立 半介助 介助

【整容】 ⇒ 自立 一部介助 全介助 (気になる点があれば空欄に記載をお願いします)

- ・爪切り:
- ・耳かき:
- ・洗 顔:

【入浴】 ⇒ 自立 一部介助 全介助 (気になる点があれば空欄に記載をお願いします)

- ・洗 体:
- ・洗 髪:
- ・その他:

【睡眠】 ⇒ 自立 一部介助 全介助

- ・睡眠時間について： 就寝(時頃)～起床(時頃) 約 時間
- ・(乳幼児の方のみ)： 午睡の有無 なし ・ あり 約 時間

※睡眠に関して気になること(寝つき・眠りの深さ)

--

【趣味、趣向】※好きな遊びや気になる行動

--

【メディアに触れる時間】

テレビ：約 時間 ゲーム：約 時間 携帯、スマホ：約 時間
動画：約 時間(内容：) 時間制限の設定： あり なし

(3) ご家族についてお尋ねします

①ご家族(近い御親戚)に次のような特徴や経験、診断名をお持ちの方はいらっしゃいますか

- ・こどもの頃、ひどく落ち着きがなく、集中力がなかった (続柄：)
- ・こどもの頃、ひどく反抗的で攻撃的だった (続柄：)
- ・こどもの頃、非行に走った (続柄：)
- ・こどもの頃、虐待を受けた (続柄：)
- ・知的障害、発達障害と診断された方がいる (続柄：)

②ご家族・御親戚で精神科・心療内科などへ通院・入院された(している)方はいますか
いない ・ いる

続柄	病名・診断名	病院名

(4) 育児をしている中で、特に困ること・大変に感じることはありませんでしたらお書きください。

--

(5) 当院診療への希望をお尋ねします

<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 医学的検査	<input type="checkbox"/> 作業療法(OT)
<input type="checkbox"/> 書類作成()	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 言語療法(ST)
<input type="checkbox"/> 医師の助言	<input type="checkbox"/> 心理相談	<input type="checkbox"/> 理学療法(PT)
<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> その他()	

ご記入ありがとうございました。

*検査結果の控えがお手元にありましたら、初診時にご提示をお願いいたします。