＜センター使用欄＞

受診予約日：　　　年　　月　　日（　）　　時　　分

問診受領日：　　　年　　月　　日（　）　受付担当：

主治医名：　　　　　　　　　　カルテ№：　　　―

**熊本県こども総合療育センター　事前問診票１**

記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児 童 名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)（ 男 ・ 女 ） | 生年月日 | 平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日（　　歳　　ヶ月） |
| 記入者名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)（続柄：　　　　） | 記入者の連絡先 | 　　　－　　　　－　　　※できるだけ日中連絡がつきやすい電話番号をお書きください |
| 住 所 | 〒　　　－ |

**お子様の診察の参考としますので、以下の項目の記入について、ご協力をお願いします。**

**１　受診を希望される理由は何ですか？　　☑ をつけてください。（複数可）**

　　□ 診断や検査を受けたい　　　　□ 診断書を発行してほしい　（　　　　　　　）

　　□ 診断は分からなくてもいいが、特性や対応について知りたい

□ お薬について相談したい　　　□ 療育・訓練を受けたい

　　□ 発達について相談したい（ □ 身体面　　　□ 運動面　　　□ 言葉 ）

　　□ 気になることや、困っていることについて相談したい

　　　□ 多動・衝動性　　 □ かんしゃく 　　□コ ミュニケーション 　　□ 感覚過敏

　　　□ こだわり　　□ 生活習慣　　　□ その他（　　　　　　　　　 　　　　　）

　　□ セカンドオピニオン　　　　　 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

**２　当センターをどこでお知りになりましたか？　☑ をつけてください。（複数可）**

　　□ 市町村からすすめられて

（□ 健診　　□ 相談　　□ 訪問　　□ その他：　　　　　　　　　　 　　　）

　　□ 保健所からすすめられて（すこやか育児相談）

□ 医療機関からの紹介（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□ 療育施設・相談機関など（施設・機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□ 保育園・幼稚園・学校 （園・学校名：　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）

□ 知人・親戚　　　　　　　□ 自分で調べて　　　　□ ホームページを見て

　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３　利用中の福祉制度**

　　□ 身体障害者手帳（　　種　　級）　　□ 療育手帳（A1・A2・B1・B2）

　　□ 児童発達支援・放課後等デイサービス（事業所名：　　　　　　　　　　　　　）

**４　家族構成（祖父母、父母、兄弟姉妹）について**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続　柄 | 年齢 | 同居の人に○ | 死亡の人に● | 職業、学校・園名、学年別居の方は居住地 |
|  | 父方祖父 |  |  |  |  |
|  | 父方祖母 |  |  |  |  |
|  | 母方祖父 |  |  |  |  |
|  | 母方祖母 |  |  |  |  |
|  | 父 |  |  |  |  |
|  | 母 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. お母様について、現在、妊娠中ですか？　　□ いいえ　　□ はい（　　ヶ月）
2. お母様について、流産、死産の経験はありますか？
* なし　　　□ 流産（　　年　　月頃）　　　□ 死産（　　年　　月頃）

　　③お子様の主な養育者は、どなたですか？

* 父　□母　□ 祖父（母方・父方）　□ 祖母（母方・父方）　□ その他（　　　　）

④きょうだい、家族で当センターを利用している（利用していた）人がいますか？

* いいえ　　□ はい（お名前：　　　　　　　　　続柄：　　　）

　　⑤ご両親について、いわゆる血族結婚（いとこ同士での結婚）など、近い親族に該当しますか？　　　□ いいえ　　□ はい

　　⑥ご両親の離婚歴・再婚歴などがありますか？　　□ なし　　□ あり

　　⑦ご家族の方で、定期的に通院・内服や入院歴があるような持病や、先天性の病気をお持ちの方がいますか？　　　　□ なし　　□ あり

（ありの場合：誰が　　　　　　　　　　どんな　　　　　　　　　　　　　　　）

＜ジェノグラム＞ ※センター使用欄

**５　妊娠・出産～現在について、母子手帳などで確認しながら記入してください。**

**（分からないところは空欄でかまいません）**

**①妊娠について**

　　　妊娠中の異常：□ なし　　　□ あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　感染症検査　：□ 陰性　　　□ 陽性（内容：　　　　　　　　　　　　　　　）

**②出産について**

　　　妊娠期間：（　　　　週　　　　日）

　　　出生時：体重（　　　　　）ｇ　　　　身長（　　　　　）ｃｍ

　　　　　　　胸囲（　　　　　）ｃｍ　　　頭囲（　　　　　）ｃｍ

　　　仮死状態：□ なし　　　□ あり

　　　アプガースコア：（　　　点／　　　分）（　　　点／　　　分）

　　　胎位：□ 頭位　　　□ 骨盤位　　　□ 横位

　　　分娩方法：□ 自然分娩　　□ 誘導分娩　　□ 吸引分娩　　□ 帝王切開

　　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　）

**③新生児期について**

　　　新生児期の異常：□ なし　　　□ あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　ＮＩＣＵの入院：□ なし　　　□ あり（病院：　　　　　　　　　　　　　　）

保育器：□ なし　　　□ あり

　　　人工呼吸器：□ なし　　　□ あり

光線療法　：□ なし　　　□ あり

**④栄養について**

* 母乳　　　　□ 混合　　　　□ 人工

　　　離乳食：□ 未開始　　　□ 開始（　　）ヶ月から　　　□ 完了（　　）ヶ月

**⑤発達について**

　　　□ 物をじっと見つめる（　　ヶ月）　　　□ 動く物を目で追う（　　ヶ月）

　　　□ 声を出して笑う（　　ヶ月）　　　　　□ 首が座る（　　ヶ月）

　　　□ 寝返り（　　ヶ月）　　　　　　　　　□ お座り（　　ヶ月）

　　　□ ずりばい（　　ヶ月）　　　　　　　　□ はいはい（　　ヶ月）

　　　□ つかまり立ち（　　ヶ月）　　　　　　□ つたい歩き（　　ヶ月）

　　　□ ひとり歩き（　　歳　　ヶ月）

　　　□ 「ママ」など意味のある単語（　　歳　　ヶ月）

　　　□ 「ワンワンきた」などの二語文　（　　歳　　ヶ月）

　　　音に対する反応：□ 敏感　　　□鈍 感　　　□ 特に気にならない

**⑥予防接種について（受けたものに ☑ をつけ、回数を○で囲んでください）**

　　　□ 生ポリオ（１・２）　　□ ポリオ不活化（１・２・３・４）

　　　□ 四種混合＜ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ＞（１・２・３・追加）

　　　□ 三種混合＜ジフテリア・百日咳・破傷風＞（１・２・３・追加）

　　　□ ＭＲ＜麻しん風しん混合＞（１・２）　　□ 麻しん（はしか）　　□ 風しん

　　　□ 日本脳炎　　　　□ おたふくかぜ　　　　□ 水痘（みずぼうそう）

　　　□ Ｈｉｂ　　　　□ 肺炎球菌　　　　□ ロタ　　　　□ Ｂ型肝炎

　　　□ ＢＣＧ（　　年　　月）　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　）

**⑦これまでにかかった病気**

　　　□ 麻しん（はしか）（　　歳　　ヶ月）　　□ 風しん（　　歳　　ヶ月）

　　　□ 水痘（みずぼうそう）（　　歳　　ヶ月）　　□ おたふくかぜ（　　歳　　ヶ月）

　　　□ けいれん（　　歳　　ヶ月）　　　　□ 喘息（　　歳　　ヶ月）

　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　入院歴：□ なし　　　□ あり（　　歳　　ヶ月　　病名：　　　　　　　　　　）

（　　歳　　ヶ月　　病名：　　　　　　　　　　）

**⑧アレルギーの有無**

　　　食物アレルギー：□ なし　　□ あり（食品名：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　薬物アレルギー：□ なし　　□ あり（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　）

**⑨お薬**

　　現在飲んでいる（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**⑩乳幼児健診について**

|  |  |
| --- | --- |
| １ヶ月健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：指摘：□ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３～４ヶ月健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：指摘：□ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６～７ヶ月健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：指摘：□ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １歳半健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：指摘：□ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３歳児健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：指摘：□ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**⑪受けたことのある検査**

　　　□ 代謝スクリーニング　　□ 染色体　　□ 脳波　　□ ＭＲＩ　　□ ＣＴ

　　　□ 聴力検査　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）