

<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No.： -

## 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 | (フリガナ)           | 性別          | 生年月日 | 平成・令和                                 |
|       |                  |             |      | 年 月 日<br>( 歳 ヶ月)                      |
| 記入者名  | (フリガナ)<br>(続柄： ) | 記入者の<br>連絡先 | -    | -<br>※できるだけ日中連絡がつきやすい電話番号<br>をお書きください |
| 住 所   | 〒 -              |             |      |                                       |

☆熊本県こども総合療育センターは医療機関です。診断がわかる場合は、診断をお伝え  
しています。診断を聞くことを了解していますか。 はい いいえ

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 診断を希望される理由は何ですか？ をつけてください。(複数可)

検査を受けたい 診断書を発行してほしい ( )

特性や対応について知りたい

お薬希望 療育・リハビリを受けたい

発達について知りたい ( 身体面 運動面 言葉 )

気になることや、困っていること

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 ( )

その他 ( )

2 当センターをどこから紹介されましたか？ をつけてください。(複数可)

市町村 保健センターからすすめられて

(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<br>人に○ | 死亡の<br>人に○ | 職業、学校・園名、学年<br>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（ 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 ・父方（祖父・祖母） ・母方（祖父・祖母）  
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（離婚 父・母 年 月頃）  
（再婚 父・母 年 月頃）
- 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 ）

<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）  
てんかん（ 歳 ヶ月） 熱性けいれん（ 歳 ヶ月）  
気管支喘息（ 歳 ヶ月）  
その他（ ）  
入院歴：なし あり（ 歳 ヶ月 病名： ）  
（ 歳 ヶ月 病名： ）

⑤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： ）

⑥現在飲んでいるお薬：なし あり  
（内容 ）

