

福岡県子ども療育センター新光園

診療申込書 兼 問診票

下記太枠に必要事項を記入してください。尚、個人情報をご提供いただく場合は、当園における診療・治療目的の範囲内で利用いたします。

患者氏名	ふりがな	
	男 ・ 女	
生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳 か月)	
住所	〒	
保護者 氏名	ふりがな	患者との続柄
保護者 電話番号		
受診科 (○をつけてください)	整形外科 ・ 小児科 ・ 児童精神科 ・ 歯科	
過去に当園を受診された ことがありますか	はい (_____年頃 _____科) ・ いいえ	

※当園を初めて受診される方は、事前に

福岡県子ども療育センター新光園地域連携課 (092-692-1602) までご相談ください。

そのうえで、診療申込書及び問診票にご記入くださるようお願いいたします。

質問がたくさんありますが、この資料をもとに、よりよい診療を受けていただけるよう、準備をしたいと思っておりますので、最後までどうぞよろしくお願いいたします。

不明な点がある場合は、当園スタッフにご相談ください。

記入者： _____ 続柄： _____ 記入日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 今回の受診目的は何ですか？

まだはっきりとわからない 発達の状況を知りたい 訓練・療育を受けたい

対応の仕方を知りたい 診断を知りたい 手術を受けたい（整形外科）

装具を作りたい（整形外科）

その他（ _____ ）

2. どなたからのご紹介ですか？

病院から紹介（医療機関名： _____ ）

乳幼児健診

その他（ _____ ）

3. 今回受診されたきっかけを教えてください。

妊娠出産からこれまでの経過について伺います。母子手帳を参考に入力してください。

4. 妊娠した時のことについて、あてはまるものを選択してください。

自然妊娠

不妊治療（ タイミング法 排卵誘発 人工授精 体外受精 顕微受精）

その他（ _____ ）

5. 妊娠中に問題はありましたか？

ない

ある

詳しく記入してください。

6. 分娩予定日を教えてください。

平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

7. 実際の出産日を教えてください。

平成・令和・西暦 年 月 日

8. 妊娠期間を教えてください。

_____週_____日

9. 分娩方法について、あてはまるものを選択してください。

自然分娩 誘発分娩 吸引分娩 帝王切開

その他 (_____)

10. 出産時のお子さんの状態について記入してください。

出生体重 _____g、身長 _____. _____cm、頭囲 _____. _____cm、胸囲 _____. _____cm

新生児仮死

なし よくわからない

あり

詳しく記入してください

--

出生～1か月までのお子さんの状況についてお聞きします。

11. NICU（新生児集中治療室）への入院はありましたか？

なし

黄疸の治療（光線療法）を受けましたか？ いいえ はい

あり

入院期間：約 _____日間（医療機関名： _____）

入院理由や治療内容をわかる範囲で書いてください。

--

12. 1か月健診でなにか指摘を受けましたか

なし

あり

指摘内容を教えてください。

--

NICU入院中だった

発達についてお聞きします。

13. 以下のことができるようになった月齢をそれぞれ入力してください。

- 追視（物を追って見る）（__歳__か月）
- あやすと笑う（__歳__か月）
- 首がすわった（__歳__か月）
- 寝返り（__歳__か月）
- 肘這い（ずり這い）（__歳__か月）
- 座らせると座位を保つことができた（__歳__か月）
- 起き上がって座れた（__歳__か月）
- 四つ這い（__歳__か月）
- つかまって立ちあがれた（__歳__か月）
- つたい歩き（__歳__か月）
- 一人歩き（__歳__か月）
- はじめてのことば（__歳__か月）
- 二語文（__歳__か月）
- その他（ _____ ）

14. 今まで乳幼児健診で指摘を受けたことがありますか？

- いいえ 乳幼児健診を受けたことがない
- はい

いつ、どんな指摘ですか？

12. 家族構成とお子様との関わりについて記入してください。（両親、きょうだい、祖父母等）

続柄	年齢	所属・職業、等	同居の有無
例) 兄	5歳	幼稚園	○
父			
母			
兄 姉 弟 妹			
兄 姉 弟 妹			
兄 姉 弟 妹			
兄 姉 弟 妹			
父方祖父			
父方祖母			
母方祖父			
母方祖母			

15. 主な養育者は誰ですか？

16. 育児をサポートしてくれる方はいますか？

いいえ

はい

どなたですか？

現在も含めたこれまでの保育・教育歴について伺います。

17. 現在の所属はどちらですか？

なし

保育園 幼稚園 こども園 児童発達支援事業所のみ

小学校 (通常学級 支援学級 通級 特別支援学校)

中学校 (通常学級 支援学級 通級 特別支援学校)

その他 ()

18. 福祉の手帳をお持ちですか？

いいえ

はい

身体障害者手帳 : ____級

内容: 肢体 その他 ()

療育手帳 : A1 A2 A3 B1 B2 B3

19. 福祉サービスをご利用されていますか？

いいえ

はい

訪問看護 (事業所名:)

訪問ヘルパー (事業所名:)

シートステイ (事業所名:)

児童発達支援 (事業所名:)

放課後等デイサービス (事業所名:)

他機関のリハビリテーション等 (PT OT ST 心理)
(事業所名:)

その他 ()

20. 地域のかかりつけ医（医院/クリニック等）以外の医療機関（大学病院、こども病院、その他総合病院の専門外来、等）に定期的に通院されていますか？

いいえ

はい

なんの病名でどこの病院の診療科に通院されていますか？

（病名/病院名/診療科） 例：心室中隔欠損症 / こども病院 / 小児循環器科 等

21. けいれんの既往はありますか？

いいえ

はい

・診断を教えてください。

熱性けいれん てんかん その他（ ）

・対応方法について、あてはまるものを選択してください

ダイアアップ予防投与 抗てんかん薬定期内服中 特になし

22. アレルギーを指摘されたことはありますか？

いいえ

はい

食物（ ）

薬品等（ ）

その他（ ）

23. 定期的に服用（使用）している薬はありますか？

いいえ

はい

薬の名称などを教えてください。

24. 手術を受けたことはありますか？

いいえ

はい

いつ、どんな手術を受けましたか？（例：5歳 腹腔鏡下胃瘻造設術）

25. これまで受けた予防接種を教えてください（母子手帳を参考に記入してください）

インフルエンザ菌b型（Hib）：1回 2回 3回 4回（追加）

小児用肺炎球菌：1回 2回 3回 4回（追加）

四種混合（または三種混合・ポリオ）：1回 2回 3回 4回（追加）

B型肝炎：1回 2回 3回

BCGワクチン

MR（麻しん・風しん混合）：1回 2回

水痘（水ぼうそう）：1回 2回

おたふくかぜ（ムンプス）：1回 2回

日本脳炎ワクチン：1回 2回 3回 4回（追加）

ロタワクチン：1回 2回 3回

その他（上記以外で）

（

26. 必要とする医療的ケアはありますか？

いいえ

はい

人工呼吸器（非侵襲的陽圧換気（NPPV）を含む） 気管切開

鼻咽喉頭エアウェイ 酸素療法 吸引 ネブライザー吸入

経管栄養（経鼻胃管 胃瘻 腸瘻 その他（

中心静脈カテーテル 皮下注射 血糖測定 継続的な透析

導尿 排便管理

その他（

27. 当園までの交通手段と所要時間を教えてください。

自家用車 公共交通機関（バス 電車） 徒歩 その他（

所要時間：___時間___分

28. 今までの質問以外で何かありましたら、ご自由にお書きください

ADL（日常生活活動度）等の質問をいたします。

29. 現在の食事の内容を教えてください

母乳 人工乳（ミルク） 混合（母乳と離乳食）

離乳食（初期 中期 後期 完了期）

普通食（他の家族同じものを食べる）

栄養剤（例：ラコール、エネーボ等）

その他（ _____ ）

30. お子さんはよく食べますか？

はい

いいえ

量が少ない 食べ（飲み）ムラがある くちに入れようとしな

その他

31. 食事に関してお困りのことはありますか？

32. 家の中ではお子さんはどのように移動しますか？

抱っこ 寝返り 肘這い（ずり這い） 四つ這い いざり（座位移動）

伝い歩き ひとり歩き その他（ _____ ）

33. お子さんはよく眠れますか？

はい

いいえ

寝つきが悪い よく目を覚ます 夜泣きが激しい 寝ぼける

眠る時間が短い 朝起きられない

その他（ _____ ）

34. お子さんは何かを要求するときどうやって伝えますか？

泣く ぐずる 声を出す ジャスチャー（指差し 手をひく）

単語で伝える（「まんま」「ジュース」等）

文章で伝える（「ジュース飲みたい」等）

その他（ _____ ）

35. ことばやコミュニケーションの面で困っていることはありますか？

なし

あり

ことばの遅れがある 発音がはっきりしない オウム返しの応答

名前を呼んでも振り向かない 何度注意してもわからない

一方的にはなす（会話が成り立たない） 指差ししない 視線があいにくい

その他

質問はここまでです。ありがとうございました。