 ほっとクリニック児童用問診票

（基本的に保護者の方がお書きください。）

記入日：　　　　年　　　　月　　　　日　記入者：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな：お子さんのお名前： |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳　　　　ヵ月）男　・　女 |
| 現在の通園または通学先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年生 |

# 下記の質問にわかる範囲でご記入ください。

# ご相談内容についてお聞きします

１・現在、一番お困りの事は何ですか?ご相談されたい事は何ですか?

２・当クリニックをどちらでお知りになりましたか? （複数可）

３・現在お子さんが利用されている事業所・サービス・訪問看護など

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | 開始年月 |  | 曜日、回数など | 内容 |
|  | 年 | 月～ |  |  |
|  | 年 | 月～ |  |  |
|  | 年 | 月～ |  |  |
|  | 年 | 月～ |  |  |
|  | 年 | 月～ |  |  |

４・アレルギーはありますか? （はい・いいえ）

はいとお答えの方→薬剤（　　　　　　　　　　 ）食物（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

絆創膏・消毒薬・ゴムアレルギー・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・金属アレルギー

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５・現在飲んでいるお薬はありますか? （はい・いいえ）

はいとお答えの方→薬品名を教えていください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

# ②お子さんの妊娠中・出産時のご様子について教えてくたさい

１・妊娠中、お母様に何か異常がありましたか? （はい・いいえ）

はいとお答えの方→ 切迫流産・性器出血・悪阻・蛋白尿・高血圧・むくみ・前置胎盤　　　　　　　胎盤機能不全・頸管無力症・羊水過多・羊水過少・子宮筋腫・貧血・発熱

発疹・服薬・外傷・放射線照射

その他: （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・異常があったのは妊娠中のいつ頃でしたか? （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・何か治療は受けられましたか? （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２・お子さんを出産なさった病院名（ ）

出産時のご両親の年齢は　　お母様（　　　　）歳　　お父様（　　　　）歳

３・在胎（ ）週（　　カ月）　　予定曰より　　　日早い・遅い

体重　　　　g・身長　　　　cm・頭囲　　　　cm・胸囲　　　　cm

４・出産時に何かトラブルがありましたか? （はい  いいえ）

　　はいとお答えの方→臍帯卷絡・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開・前早期破水・微弱陣痛・仮死・

骨盤位　その他（　　　　　　　　　）

# ③生まれてからのお子さんの状態についてお答えください

１・以下の事柄ができるようになったのはいつ頃ですか?　わかる範囲でご記入下さい。

あやすと笑う（　　　　）　・　眼で物を追う（　　　　）　・　首のすわり（　　　　）　　　　　　寝返り（　　　　）　・　ガラガラをもつ（　　　　）　・　人見知り（　　　　）　　　　　　ひとりで座る（　　　　）　・　ハイハイ （　　　　）　・　つかまり立ち（　　　　）　　　　ひとりで歩く（　　　　）　・　利き手 （右・左）　・　 喃語を話す（　　　　）　　　　　　単語を話す（　　　　）　・　　二語文を話す（　　　　）　・　助詞を使う（　　　　）

２・現在のお子さんの状態についてお答え下さい。

1. 運動（普通に歩く：運動障害なし・どうにか歩ける・歩けない・座れる・座れない）
2. 食事（ひとりで食べる・一部介助必要・全介助）
3. 排泄（ひとりでできる・一部介助必要・全介助）
4. 発語（問題なし・喃語・単語・二語文・三語文・表現自由）
5. 発音（鮮明・不鮮明）
6. 理解（問題なし・限定的：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３・お子さんの様子についてお答え下さい。

　　１）　発達について、1歳半検診、3歳児検診、就学前検診、幼稚園や小学校などで、アドバイスや指摘をされたことがありますか？　（なし・あり）

　　　　　はいとお答えの方→いつ　　　　　内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２）　視線が合わない／合わなかった（なし・あり）
３）　言葉の遅れ　（なし・あり）
４）　感覚の過敏性（（なし・あり）
５）　感覚の過敏性（なし・あり→具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
６）　こだわりが強い・変化が苦手（なし・あり）
７）　忘れ物や不注意（なし・あり）
８）　我慢できず行動がコントロールできない（なし・あり）
９）　周囲とのコミュニケーションが苦手（なし・あり）
１０）癇癪・自傷行動（なし・あり）
１１）学習面での困難（なし・あり）
１２）不器用・運動面の遅れ（なし・あり）
１３）整理整頓が苦手（なし・あり）
１４）不必要な一言を言ってしまう（なし・あり）
１５）食事・食品のこだわり（なし・あり→具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
１６）友だち・友人（いない・いる　　　　　　　　　　　　　名くらい）
１７）放課後どのような遊びをしていますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４・今までかかった事のある病気を教えてくたさい。

熱性けいれん（回数:　　　回）、百日咳、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎（おたふくかせ）、水ほうそう

突発性発疹、肺炎、喘息、脳炎、髄膜炎、頭部外傷、アトピー性皮膚炎

てんかん（治療薬:　　　　　　　　　　　　　）

５・当院以外の病院に通院したことがありますか? （はい・いいえ）

はいとお答えの方→記入をお願いします。現在も継続中の場合は☑をお願いします。

 　　治療の内容　　　　　　　病院名 　　　　　　　　　　　　　担当科担当医名

（例） てんかんの治療 　（例）〇△病院 　　　　　　　　（例） 小児科 山本先生　 ☑継続中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□継続中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□継続中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□継続中

６・今まで療育の訓練などを受けたことがありますか? （はい・いいえ）

はいとお答えの方→記入をお願いします。現在も継続中の場合は☑をお願いします。

 訓練の内容 　　　病院・施設名 　　　　　　　開始時期

（例） 作業療法　　　　　（例） 〇△病院 　　　　　　　（例） 3歳4カ月 　　　☑継続中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□継続中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□継続中

７・入院・手術などに関して

1. ）入院したことはありますか? （はい・いいえ）

はいとお答えの方→何で入院しましたか? （複数回答可能）

1. ）手術を受けたことはありますか? （はい・いいえ）

はいとお答えの方→何の手術をしましたか？

④手帳・受給者証　などについて

　１）手帳

　・療育手帳　（はい・いいえ）　はいとお答えの方→何等級ですか？（　　　　　　　　）

・精神障害者保健福祉手帳　（はい・いいえ）　はいとお答えの方→何等級ですか？（　　　　　　　）

　・身体障害者手帳　（はい・いいえ）　はいとお答えの方→何等級ですか？（　　　　　　　　）

　２）手当

　・特別児童扶養手当　（1級手当・2級手当・いいえ）

　・障害児福祉手当　（はい・いいえ）

　・心身障害児福祉手当　（はい・いいえ）

３）受給者証/受給券/認定証

　・障害福祉サービス受給者証　　（はい・いいえ）

はいとお答えの方→区分と担当の相談支援専門員について教えてください。

＊区分　（　　　　　　　　　）

＊相談支援専門員（事業所：　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　）

　・こども医療助成受給券　（はい・いいえ）

　・ひとり親家庭等医療費助成受給券　（はい・いいえ）

　・自立支援医療（精神医療通院）受給者証　　（はい・いいえ）

　・重度心身障害者医療費助成受給券　（はい・いいえ）

　・小児慢性特定疾病医療受給者証　（はい・いいえ）

　・特定医療費（指定難病）受給者証　（はい・いいえ）

　・限度額適用認定証　（はい・いいえ）

⑤お子さんのご家族について、記入例にならって図をお書きください

（ 各年齢をご記入し、同居されている方を囲んでください ）

＜記入例＞　□：男性　〇：女性

□ ◎：本人

■ ●：他界



　　　　　　　　　　　　

祖父母世代→

ご両親世代→

ご本人世代→

以上になります。ご協力ありがとうございました。