



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 カ月) 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。

① 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ださい

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（ ）ヵ月 予定日より 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→ 臍帯巻絡・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（ ） ・ 目で物を追う（ ） ・ 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ださい。

熱性けいれん（回数： 回）、百日咳、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、水ぼうそう
 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） ○△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） ○△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)

2) 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。

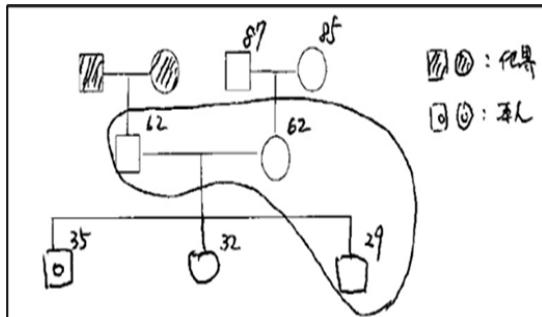
*区分 ()

*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)

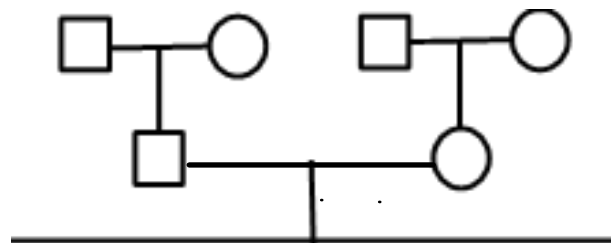
<記入例> □：男性 ○：女性
 □◎：本人
 ■●：他界



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。