

## 診療申込書

カルテ番号

--	--	--	--	--

※太枠の中のみご記入ください。

フリガナ										
患者氏名					性別		男 ・ 女			
生年月日	1 昭和	2 平成	3 令和	年	月	日	歳			
住所	〒 —									
	アパート・マンションの方は部屋番号までご記入ください。 棟 号室									
電話番号	電話番号		( )		—					
	携帯電話・スマートフォン (つながりやすい順に)		①		—		—		続柄 ( )	
			②		—		—		続柄 ( )	
受診を希望される 科に○をつけて ください。	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
	整形外科	小児科	泌尿器科	児童精神科	内科	外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	歯科
当院に受診されたことはありますか			ある (S・H・R 年 月頃) ・ なし							
紹介状はお持ちですか			ある (どこから 病院・クリニック) ・ なし							
本日はマイナ保険証を使用しますか			はい*		いいえ					
*はい の場合、マイナ保険証による情報取得に同意しますか			はい		いいえ					

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

新患

他科新患

再来新患

保険変更

住所変更

氏名

## 小児科問診票（発達用）

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 令和 年 月 日生 性別（男・女）

記載時年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 \_\_\_\_\_ 現在の身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

記入者： 母 父 祖母 祖父 その他（ \_\_\_\_\_ ）

この問診票では、当てはまる項目を☑し、（ ）に内容を書いてください。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい いいえ

現在、処方されている薬はありますか はい（お薬手帳を提出してください） いいえ

紹介状はありますか はい（ \_\_\_\_\_ ） なし

大きな病気にかかったことがありますか（入院や手術など） はい いいえ

病名	年齢（歳）	医療機関名	治療内容

現在、他の医療機関に通院していますか はい いいえ

病名	医療機関名	治療内容

現在、通っている園、学校、発達支援施設はありますか？ はい いいえ

施設名	開始時期	その他（加配、支援級、頻度など）

薬や食品のアレルギーはありますか？ はい いいえ

原因：

症状：

【来院目的】 当てはまる項目を☑して( )内に優先順位をつけてください

優先順位

- ( )  言葉の遅れが心配 (理解が不十分 発語が乏しい 言葉が不明瞭 耳の聞こえが悪い)
- ( )  運動発達の遅れが心配
- ( )  発達全般の遅れが心配
- ( )  情緒面が不安定
- ( )  行動が気になる (視線が合いにくい 集団行動がとれない 落ち着きがない)
- ( )  その他 ( ) が気になる
- ( )  ( ) と診断または疑いと言われた
- ( )  特に気になることはなかったが ( ) から指摘された

上記のことが気になり始めたのはいつ頃からですか

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月頃から

【受診により当科に希望されること】 該当する項目を☑してください

- どんな遅れか知りたい  診断名を知りたい  セカンドオピニオン
- リハビリを受けたい  対応方法を知りたい  その他 ( )

【家族構成】

続柄	年齢 (歳)	同居	健康状態 (発達状況、精神症状は詳しく)
父		有・無	健康・問題有り ( )
母		有・無	健康・問題有り ( )
		有・無	健康・問題有り ( )
		有・無	健康・問題有り ( )
		有・無	健康・問題有り ( )
		有・無	健康・問題有り ( )
		有・無	健康・問題有り ( )

【妊娠や出産について】 該当する項目を☑してください

在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 出生体重 \_\_\_\_\_ g 出生身長 \_\_\_\_\_ cm 出生頭囲 \_\_\_\_\_ cm

妊娠中の異常：なし・あり ( )

分娩時の異常：なし・あり ( )

NICUへの入院  なし  あり (病名など： )

①新生児スクリーニング  異常なし  異常あり (具体的に： )

②聴力の異常  なし  あり (病名： \_\_\_\_\_ 検査や治療を受けた病院： \_\_\_\_\_ )

③視力の異常  なし  あり (病名： \_\_\_\_\_ 検査や治療を受けた病院： \_\_\_\_\_ )

【健診状況】問題を指摘されたことはありますか？該当する項目を☑して( )内に記入をしてください。

1歳までの健診 指摘なし 指摘あり ( )

1歳半健診 指摘なし 指摘あり ( )

指摘後の状況

3歳児健診 未受診 指摘なし 指摘あり(内容: )

指摘後の状況

就学前健診 未受診 指摘なし 指摘あり(内容: )

指摘後の状況

【1歳ごろまでの発育状況について】

- |                     |                              |  |
|---------------------|------------------------------|--|
| 体重増加が気になった          | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 哺乳、離乳食で苦勞した         | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 育児が大変だった            | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 目が合いにくかった           | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| あやしてもあまり笑わなかった      | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 一緒に遊ぶより、一人遊びを好んだ    | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 後追いが少なかった           | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 抱きにくかったり、抱かれるのを嫌がった | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 外出時手が繋げなかった         | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 人見知りは？              | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> ひどかった <input type="checkbox"/> 全くなかった |
| 機嫌が悪いことが多かった        | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 喃語が少なかった            | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |
| 睡眠で困った              | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい                                    |

【運動発達について】

首が座る\_\_カ月\_\_ お座り\_\_カ月\_\_ ハイハイ\_\_カ月\_\_ 独歩\_\_カ月\_\_

走ることができますか まだ はい ( 歳ころから)

歩き方が気になる いいえ はい ( )

## 【行動面】

- ウロウロして落ち着かない いいえ はい
- つま先歩きが気になった いいえ はい
- 気持ちや場面の切り替えが苦手 いいえ はい
- 遊び方が気になる いいえ はい (該当する項目を☑してください)
- おもちゃをそれらしく遊ばない タイヤを回して遊ぶのが好き 回るものが好き
- 車や物の並べ方にこだわりがある 遊びが独特
- 変な癖 (クルクル回る、手をひらひらなど) がある いいえ はい
- こだわりが強く、対応に困る いいえ はい
- 新しい場所や人にひどく緊張して固まってしまう いいえ はい
- 異常に没頭するものがある いいえ はい
- 感覚で気になることがある いいえ はい (該当する項目を☑してください)
- 音に敏感 手・足などが汚れるのを嫌がる 服の感触に敏感 痛みに鈍感
- かんしゃくやパニックがある いいえ はい
- 自分を傷つけるような行為がある いいえ はい
- 周囲の人を傷つけるような行為がある いいえ はい

## 【言語面】 (乳児期から初診ころまでの状況)

- 指さしはしますか? はい ( 歳 カ月から) いいえ
- バイバイしますか? はい (手の振り方: 普通・変) いいえ
- 指差しをしたのち、親の顔をみて確認する はい いいえ
- 他人の手で物取らせたりしようとする はい いいえ
- 名前を呼んだとき振り向く はい いいえ
- 言葉の理解が乏しい はい いいえ
- 意味のある言葉を言う はい いいえ
- はい ( 歳 カ月頃から 具体的に: ) いいえ
- 言葉が出たのに、忘れてしまったことがある はい いいえ
- 言葉がなかなか増えなかった はい いいえ
- 2 語文を言う(例: ブーブーきた)
- はい ( 歳 カ月頃から 具体的に: ) いいえ
- 簡単な会話ができる はい いいえ
- 会話がかみあいにくい はい いいえ
- 質問をオウム返しする はい いいえ
- 独り言が多い はい いいえ
- 発音が気になる はい いいえ
- 色がわかる はい いいえ
- 数がわかる (1つ、2つと数える事ができる) はい いいえ
- 文字、数字、記号への興味が異常にある はい いいえ
- ひらがなが読める はい ( 歳頃から) いいえ
- ひらがなが書ける はい ( 歳頃から) いいえ

