

# ゆりかご園診療所

記入例

## 問診票

～問診票を記入される保護者の方へ～

問診票の内容は、以下の通り4つのまとまりに分かれています。

- 1 基本情報
- 2 始めにおたずねします（受診のきっかけ・希望など）
- 3 お子さまの育ち
- 4 お子さまの家庭環境

\*内容が重複するところもあります。お手数とは思いますが、すべてに目を通してご記入いただきますよう、よろしくお願いいたします。

\*所要時間は1時間程度です。時間の余裕があるときにご記入ください。

\*記入にあたっては、別紙記入例をよくご覧の上、ご記入ください。

\*ご記入いただいた内容は個人情報保護法に基づき、当診療所にて厳重に管理をし、診察の目的以外に使用しません。

\*問診票はボールペンでご記入いただくようお願いいたします。

※この記入例は特定の病気を想定しておりません。項目ごとに参考としてご覧ください。

お子さまの名前 ゆりかご 和人 性別  男 ・  女

生年月日 平成30年 1月 1日 現在の年齢 1歳 9カ月

問診票記入日 令和1年 10月 1日

記入者の名前 ゆりかご 成子

お子さまとの続柄 父 ・  母 ・ その他 ( )

\*お子さまの育ちや現在の状況を把握している方がご記入ください

**基本情報**

対象者	ふりがな	ゆりかご かずと	愛称	平成30年 1月 1日生まれ ( 1歳 9カ月)		
	氏名	ゆりかご 和人 (男・女)	かずくん			
	現住所	〒674-0051 明石市○○○○○○○○○○○○○○○○○○	電話	自宅：078-111-1111 FAX：078-111-2222 携帯：000-1111-3333(母)		
	病名	①○○○○○○○○○○○○○○○○ ②○○○○○○○○				
	健康保険証	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他( ) 保険者名称：○○○○○○○			記号：1234 番号：5678 保険者番号：12345678	
	障害手帳	身体：無・ <input checked="" type="radio"/> 有(1種 2級) 番号：明石市123456号 交付日：令和1年 8月 1日 障害名：両下肢機能の著しい障害(2級)				
	療育：無・ <input checked="" type="radio"/> 有(障害の程度：A・B1・B2) 番号：兵庫県12345 交付日：令和1年 9月 1日					

(現在、治療中・通院中の病気について)

	医療機関名	科目	受診頻度	内容
医療状況	A病院	小児科	1回/月	<input checked="" type="radio"/> 薬・リハビリ・補装具・その他( )
	A病院	整形外科	1回/月	薬・リハビリ・ <input checked="" type="radio"/> 補装具・その他( )
	A病院	眼科	1回/2ヵ月	<input checked="" type="radio"/> 薬・リハビリ・補装具・その他( )
	Bクリニック	小児科	随時	薬・リハビリ・補装具・ <input checked="" type="radio"/> その他(風邪等や予防接種)
				薬・リハビリ・補装具・その他( )
				薬・リハビリ・補装具・その他( )
				薬・リハビリ・補装具・その他( )

(これまでに受けた検査について)

検査名	結果
レントゲン	股関節と背骨は異常なし、胸部結果は聞いていない
CT	
MRI	頭部異常なし
エコー(超音波)	心臓心室に4mmの穴があいている
血液検査	甲状腺の数値が少し高い
遺伝子	すすめられているがまだ受けていない
染色体	異常なし
筋生検	
その他	脳波検査で後頭部にてんかんの波がでてしていると聞いている、発達検査を3歳頃受けた

(主治医の指示) 主治医から病名や病状、今後について、どのように聞いているかお書きください。

医療機関名	科目	具体的な内容
A病院	小児科	体が柔らかいので、ゆりかご園でリハビリを受けるよう言われた。
A病院	整形外科	将来側弯になるかもしれないので定期的に受診するよう言われている。 関節が硬くならないように、装具を作ることもあると聞いている。

(関係機関とのかかわりについて) かかわりのある項目に○をしてください。

- 保健師 (所属: 明石市こども健康課 担当者名: ○○保健師 )
- 子育て支援センター (センター名: 子育て支援センターおおくぼ )
  - ・サークル (内容: )
- 訪問看護 (事業所名: ○○○○○○ 担当者名: ○○さん 頻度: 週2回 )
- 訪問リハ (事業所名: ○○○○ 担当者名: P T○○さん 頻度: 週1回 )
  - ・親の会、家族会等 (名称: )
  - ・その他 ( )

(これまでに受けた予防接種について) 接種状況と回数について当てはまるものに○をしてください。

予防接種の種類	接種状況	回数	予防接種の種類	接種状況	回数
ロタウイルス	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②・③	麻疹・風疹 (MR)	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②
B型肝炎 (HBV)	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②・③	水痘	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②
ｲﾝﾌﾙｻﾞ 菌b型 (Hib)	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②・③・④	おたふくかぜ	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②
小児用肺炎球菌	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②・③・④	日本脳炎	済 ・ <input checked="" type="radio"/> 未	1期:①・②・追加
四種混合	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	①・②・③・④	その他		月1回程度
BCG	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未		( シナジス )		

(医療的ケアについて) 現在、利用しているものに○をしてください。

呼吸器	レスピレーター(人工呼吸器)		栄養摂取	経管栄養(鼻腔)		排泄	定期導尿(週3日以上)	
	気管カニューレ	○		胃ろう	○		バルーン留置	
	酸素吸入			中心静脈栄養 (TPN)			人工肛門	
その他 ( めがね、補聴器 )								

(補装具について) 現在、利用しているものに○をしてください。

座位保持装置 (イス)	○	車椅子 (バギータイプ含む)	○	カーシート	○
起立台		足底板		靴型装具	
短下肢装具	○	長下肢装具		体幹装具	
上肢装具		その他 ( )			

## はじめにおたずねします

### 1-1 今回の受診のきっかけを教えてください

どのような問題／状況が [例：寝返りができない／まだ歩けない／言葉がおそい]

くびがすわるのが遅く、まだ歩けない。おうむ返しはできるが自分では話さない。

いつ頃から／どんなきっかけで [例：市の健診で指摘されたから／祖父母に言われたから]

市の健診から病院へ紹介され、さらにゆりかご園を紹介された。

誰が気になっている／誰の勧めで受診することにした [例：両親が気になっている／主治医に勧められたから]

両親、両祖父母が気になっている。病院でもすすめられた。

### 1-2 現時点での希望はありますか？（当てはまるものすべてに☑してください）

\*ただし、診察時に判断しますので、希望に添えない場合もあります

まだはっきりとわからない

発達検査・診断・説明・助言を受けたい

継続的に受診して相談・助言を受けていきたい

通園を希望する※1

外来通院を希望する※1

その他（通園と外来通院について、どちらがいいのか相談したい

※1  
通園は保育とリハビリ  
を行います。  
外来通院はリハビリの  
みを行います。

### 1-3 今回の受診に関して、ご家族の考えはだいたい一致していますか？（当てはまるものに○）

一致している・していない →していないと答えた方は、状況を教えてください

### 1-4 ご家族の思い（希望）や今後について、現在考えていることがあれば教えてください

[例：歩けるようになってほしい／幼稚園に通いたい]

家でできるリハビリを教えてほしい。今後どのような所に通えるか知りたい。

### 1-5 初診当日、お子さまと一緒に受診される予定の方は誰ですか？（当てはまるものに○）

父・母・その他（ ）

### 1-6 これまでに、当院以外で発達に関する診断や発達検査を受けたことがありますか？

（当てはまるものに○）

ない・ある →あると答えた方は、施設名／診断名／検査名／検査結果／利用状況を教えてください

血液検査とMRI検査を受けたが発達の遅れの原因はわからなかった。

### 1-7 これまでに、医療・福祉・教育機関で、療育など発達フォローを受けたことがありますか？

（当てはまるものに○）

ない・ある →あると答えた方は、施設名／フォロー内容／利用状況を教えてください

療育に通う予定だったが、転居のためキャンセルになった。

お子さまの育ちについておたずねします

2-1 育ちの様子を教えてください \*母子健康手帳を参考にしながら、できるだけ詳しく記入してください

妊娠中、出生前後の様子について教えてください

◆妊娠中の経過について

妊婦健診を受診した医療機関名 ( C 病院 )

妊娠中の異常: 無  有

2 4 週で胎児が小さく、2 5 週で緊急入院。同じ日に帝王切開で出生。

◆出生時について

出産した医療機関名 ( C 病院 ) 転院: 無  ( 転院先: A 病院 )

在胎 ( 2 5 週 3 日 ) 出生時 ( 体重 2 7 0 0 g 身長 5 0 cm 胸囲 3 3 . 0 cm 頭囲 3 4 . 5 cm )

出生時の異常: 無  有

呼吸が弱く酸素を使っていた。2 日目に心臓手術のため A 病院へ転院した。

◆出生後について

出生後の経過について

3 日目に心臓の手術をしたがミルクがなかなか飲めず、一か月頃退院した。

3 か月頃に口唇裂の手術をしている。いずれ口蓋裂の手術をする予定。

現在の発達状況について教えてください

◆運動について

首のすわり ( 歳 7 カ月 ・ まだ ・ 不明 )

寝返り ( 歳 1 0 カ月 ・ まだ ・ 不明 )

ひとり座り ( 歳 カ月 ・  まだ ・ 不明 )

ずり這い ( 歳 カ月 ・  まだ ・ 不明 )

四つ這い ( 歳 カ月 ・  まだ ・ 不明 )

つかまり立ち ( 歳 カ月 ・  まだ ・ 不明 )

つたい歩き ( 歳 カ月 ・  まだ ・ 不明 )

ひとり歩き ( 歳 カ月 ・  まだ ・ 不明 )

指すいをしますか (  はい ・  まだしない ・  もうしない ・  不明 )

物をもって口に入れますか (  はい ・  まだしない ・  もうしない ・  不明 )

両手を体の前で合わせますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

おもちゃを両手で持ち替えますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

ポーロなど小さな物をつまめますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

◆ことば、情緒について

音のなる方向を見ますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

あやすと笑いますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

声を出して笑いますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

「マ」や「ム」を声に出しますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

意味のある言葉を言いますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

ハイバイはしますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

相手をすると目を合わせますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

「ほしい」・「もっと」などの要求を出しますか (  はい ・  まだ ・  不明 )

指さしなどで伝えようとしていますか ( はい ・ まだ ・ 不明 )

「だめ」「危ない」などの言葉が伝わりますか (はい) ・ まだ ・ 不明 )

人見知りや場所見知りをしますか (はい) ・ まだ ・ 不明 )

どんな遊びが好きですか

( 物を持ってなめたり、振って遊ぶ。揺れ遊び。 )

苦手なこと(遊び、物、音、光、姿勢など)はありますか

( 大きな声に驚いて泣く。男の先生が苦手。(白衣やマスク)  
足の裏を触られるのを嫌がる。 )

日常生活について教えてください

◆栄養について

母乳 ( 3 ) 回 1回の所要時間(バラバラ)分

ミルク ( 3 ) 回 1回量(120~160)ml

離乳食 ( 3 ) 回

主食(やわらかめのごはん)程度の硬さ

副食(くたくたに煮たぐらい)程度の硬さ

経管栄養(経鼻・胃ろう)( 3 )回 1日量(200×3)ml

◆睡眠について

夜の睡眠 ( 21時から 6時 )  
( よく眠る ・ 何度か起きる ・ たびたび起きる )

お昼寝 午前( 時から 時 )  
午後( 時から 時 )

不定期

◆排泄について

尿( 1日6~8回)

便(1~2日に1回) (硬い) ・ 普通 ・ 軟らかい )

オムツ (有) ・ 無 )

◆育児について悩んでおられることや、日常生活で困っていることはありますか

( 夜泣きが激しい。ごはんの食べる量が少ない。 )

2-2 これまでに以下の病気や異常はありましたか？(当てはまるものすべてを記入してください)

		詳細(治療、服用薬、受診頻度、入院、通院、手術など)
アレルギー	ない・ <u>ある</u>	たまご
けいれん	ない・ <u>ある</u>	熱性けいれん
てんかん	<u>ない</u> ・ある	
口唇口蓋裂	<u>ない</u> ・ある	
中耳炎	ない・ <u>ある</u>	右こまくにチューブが入っている
聞こえの異常	ない・ <u>ある</u>	聞こえているか分からないときがある
目の異常	<u>ない</u> ・ある	
入院	ない・ <u>ある</u>	胃腸炎で5日間入院
その他		

お子さまの家庭環境についておたずねします

3-1 家族構成と、お子さまとの関わりを教えてください（両親・兄弟姉妹・祖父母まで）

名 前	生年月日／年齢／学年／職業	続柄	関わりの程度
ゆりかご 和人	H30.1.1(1歳9カ月) A保育所	本人	
ゆりかご 平一	H3.4.1(28歳) 会社員	父	同居・別居 よく遊んだり、休日は育児に協力している。
ゆりかご 成子	H4.4.1(27歳) 主婦	母	同居・別居 主に関わっている。
ゆりかご 令子	H24.4.1(7歳) B小学校1年生	姉	同居・別居 よくかまって遊んでくれる。
ゆりかご 昭一	58歳 会社員	祖父	同居・別居 大阪府在住。関わりは少ない。
ゆりかご 和子	56歳 アルバイト	祖母	同居・別居 大阪府在住。関わりは少ない。
明石 大助	56歳 自営業	祖父	同居・別居 神戸市西区在住。時々遊びに行く程度。
明石 正子	54歳 自営業	祖母	同居・別居 神戸市西区在住。時々手伝いに来てくれる。
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居

3-2 ご家族の中に過去または現在、発達面で診断や療育、カウンセリング、薬の処方などを受けている方はいますか？

いない・いる →いると答えた方は、さしつかえなければ詳細を教えてください

父も歩くのが遅かった。母の妹は言葉が遅く、思春期に自閉症と診断。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。