

# ゆりかご園診療所

## 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。

お子さまの名前 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 現在の年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月

問診票記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者の名前 \_\_\_\_\_

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			愛称	年 月 日生まれ
	氏名	(男・女)			( 歳 力月)
	現住所	〒		電話	自宅： — — FAX： — — 携帯： — — ( )
	病名				
	健康保険証	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ( )			記号：          番号： 保険者番号：
	障害手帳	身体：無・有 ( 種 級)          番号：          号          交付日：          年 月 日 障害名：			
療育：無・有 (障害の程度：A・B1・B2) 番号：		交付日：          年 月 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				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 ( )
				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 ( )
				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	
CT	
MRI	
エコー (超音波)	
血液検査	
遺伝子	
染色体	
筋生検	
その他	

(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

(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: \_\_\_\_\_ 担当者名: \_\_\_\_\_ )
- 子育て支援センター (センター名: \_\_\_\_\_ )
- サークル (内容: \_\_\_\_\_ )
- 訪問看護 (事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者名: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ )
- 訪問リハ (事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者名: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ )
- 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	済・未	1・2・3	麻疹・風疹 (MR)	済・未	1・2
B型肝炎 (HBV)	済・未	1・2・3	水痘	済・未	1・2
ｲﾝﾌﾙｲﾝزا 菌b型 (Hib)	済・未	1・2・3・4	おたふくかぜ	済・未	1・2
小児用肺炎球菌	済・未	1・2・3・4	日本脳炎	済・未	1期:1・2・追加
四種混合	済・未	1・2・3・4	その他		
BCG	済・未		( _____ )		

(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 ( _____ )					

(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 ( _____ )	

## 始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]

---

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]

---

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]

---

### 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（ \_\_\_\_\_ ）

※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]

---

### 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

---

### 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

---

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 ( )

妊娠中の異常: 無・有

◆出生時について

出産した医療機関名 ( ) 転院: 無・有 (転院先: )

在胎 ( 週 日) 出生時 (体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm)

出生時の異常: 無・有

◆出生後について

出生後の経過について

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 月 ・ まだ ・ 不明 )

寝返り ( 歳 月 ・ まだ ・ 不明 )

ひとり座り ( 歳 月 ・ まだ ・ 不明 )

ずり這い ( 歳 月 ・ まだ ・ 不明 )

四つ這い ( 歳 月 ・ まだ ・ 不明 )

つかまり立ち ( 歳 月 ・ まだ ・ 不明 )

つたい歩き ( 歳 月 ・ まだ ・ 不明 )

ひとり歩き ( 歳 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 )

バイバイはしますか ( 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

( )

苦手なこと(遊び、物、音、光、姿勢など)はありますか

( )

### 日常生活について教えてください

#### ◆栄養について

母乳 ( ) 回 1回の所要時間 ( ) 分

ミルク ( ) 回 1回量 ( ) ml

離乳食 ( ) 回

主食 ( ) 程度の硬さ

副食 ( ) 程度の硬さ

経管栄養 ( 経鼻 ・ 胃ろう ) ( ) 回 1日量 ( ) ml

#### ◆睡眠について

夜の睡眠 ( ) 時から ( ) 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 ) 回

便 ( ) 日に ( 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

( )

### 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・ある	
けいれん	ない・ある	
てんかん	ない・ある	
口唇口蓋裂	ない・ある	
中耳炎	ない・ある	
聞こえの異常	ない・ある	
目の異常	ない・ある	
入院	ない・ある	
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
		本人	
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居
			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

---

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。