＜センター使用欄＞

受診予約日：　　　年　　月　　日（　）　　時　　分

問診受領日：　　　年　　月　　日（　）　受付担当：

主治医名：　　　　　　　　　　カルテ№：　　　―

**熊本県こども総合療育センター　事前問診票１**

記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児 童 名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 性別 | 生年月日 | 平成 ・ 令和  　　　年　　　月　　　日  （　　歳　　ヶ月） |
|  |
| 記入者名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  （続柄：　　　　） | | 記入者の  連絡先 | －　　　　－  ※できるだけ日中連絡がつきやすい電話番号  をお書きください |
| 住 所 | 〒　　　－ | | | |

**☆熊本県こども総合療育センターは医療機関です。診断がわかる場合は、診断をお伝え**

**しています。診断を聞くことを了解していますか。　　□はい　　　　□いいえ**

**お子様の診察の参考としますので、以下の項目の記入について、ご協力をお願いします。**

**１　診断を希望される理由は何ですか？　　☑ をつけてください。（複数可）**

　　□検査を受けたい　□診断書を発行してほしい　（　　　　　　）

　　□特性や対応について知りたい

□お薬希望　　　　　　　　□療育・リハビリを受けたい

　　□発達について知りたい（ □身体面　　　□運動面　　　□言葉 ）

　　□気になることや、困っていること

　　　□多動・衝動性　　 □かんしゃく 　 □コミュニケーション 　　□感覚過敏

　　　□こだわり　　 □生活習慣　　　□その他（　　　　　　　　　 　　　）

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

**２　当センターをどこから紹介されましたか？　☑ をつけてください。（複数可）**

　　□市町村　保健センターからすすめられて

（□健診　　□相談　　□訪問　　□その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□保健所からすすめられて（すこやか育児相談）

　　□医療機関からの紹介（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□療育施設・相談機関など（施設・機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□保育園・幼稚園・学校 （園・学校名：　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）

□知人・親戚　　　　　　　□自分で調べて　　　　□ホームページを見て

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３　利用中の福祉制度**

　　□身体障害者手帳（　　種　　級）　　□療育手帳（A1・A2・B1・B2）

　　□児童発達支援・放課後等デイサービス（事業所名：　　　　　　　　　　　　　）

**４　家族構成（祖父母、父母、兄弟姉妹）について**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続　柄 | 年齢 | 同居の  人に○ | 死亡の  人に❍ | 職業、学校・園名、学年  別居の方は居住地 |
|  | 父方祖父 |  |  |  |  |
|  | 父方祖母 |  |  |  |  |
|  | 母方祖父 |  |  |  |  |
|  | 母方祖母 |  |  |  |  |
|  | 父 |  |  |  |  |
|  | 母 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. お母様について、現在、妊娠中ですか？　　□いいえ　　□はい（　　ヶ月）
2. お母様について、流産、死産の経験はありますか？

　　□なし　　　□流産（　　年　　月頃）　　　□死産（　　年　　月頃）

　　③お子様の主な養育者は、どなたですか？

　　　□父　□母　・父方（□祖父・□祖母）　・母方（□祖父・□祖母）

□その他（　　　　　　　　）

④きょうだい、家族で当センターを利用している（利用していた）人がいますか？

□いいえ　　□はい（お名前：　　　　　　　　　　　続柄：　　　）

　　⑤ご両親について、いわゆる血族結婚（いとこ同士での結婚）など、近い親族に該当しますか？　　　□いいえ　　□はい

　　⑥ご両親の離婚歴・再婚歴などがありますか？

□なし　　□あり（ 離婚　父 ・ 母　　　 年　　月頃）

　　　　　　　　（ 再婚　父 ・ 母　　　 年　　月頃）

　　⑦ご家族の方で、定期的に通院・内服や入院歴があるような持病や、先天性の病気をお持ちの方がいますか？　　　　□なし　　□あり

（ありの場合：誰が　　　　　　　　　　どんな　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜ジェノグラム＞ ※センター使用欄

**５　妊娠・出産～現在について、母子手帳などで確認しながら記入してください。**

**（分からないところは空欄でかまいません）**

**①妊娠について**

　　　妊娠中の異常：□なし　　　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　感染症検査　：□陰性　　　□陽性（内容：　　　　　　　　　　　　　　　）

**②出産について**

　　　妊娠期間：（　　　　週　　　　日）

　　　出生時：体重（　　　　　）ｇ　　　　身長（　　　　　）ｃｍ

　　　　　　　胸囲（　　　　　）ｃｍ　　　頭囲（　　　　　）ｃｍ

　　　仮死状態：□なし　　　□あり

　　　アプガースコア：（　　　点／　　　分）（　　　点／　　　分）

　　　胎 位：□頭位　　　□骨盤位　　　□横位

　　　分娩方法：□自然分娩　　□誘導分娩　　□吸引分娩　　□帝王切開

　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）

**③新生児期について**

　　　新生児期の異常：□なし　　　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　ＮＩＣＵの入院：□なし　　　□あり（病院：　　　　　　　　　　　　　　　）

保育器：□なし　　　□あり

　　　人工呼吸器：□なし　　　□あり

光線療法　：□なし　　　□あり

**④これまでにかかった病気**

　　　□麻しん（はしか）（　　歳　　ヶ月）　　□風しん（　　歳　　ヶ月）

　　　□水痘（みずぼうそう）（　　歳　　ヶ月）　　□おたふくかぜ（　　歳　　ヶ月）

　　　□てんかん（　　歳　　ヶ月）　　　　□熱性けいれん（　　歳　　ヶ月）

□気管支喘息（　　歳　　ヶ月）

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　入院歴：□なし　　　□あり（　　歳　　ヶ月　　病名：　　　　　　　　　　）

（　　歳　　ヶ月　　病名：　　　　　　　　　　）

**⑤アレルギーの有無**

　　　食物アレルギー：□なし　　□あり（食品名：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　薬物アレルギー：□なし　　□あり（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　）

**⑥現在飲んでいるお薬**：□なし　　□あり

　　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**⑦栄養について**

　　　□母乳　　　　□混合　　　　□人工

　　　離乳食：□未開始　　　□開始（　　）ヶ月から　　　□完了（　　）ヶ月

**⑧発達について**

　　　□物をじっと見つめる（　　ヶ月）　　　□動く物を目で追う（　　ヶ月）

　　　□声を出して笑う（　　ヶ月）　　　　　□首が座る（　　ヶ月）

　　　□寝返り（　　ヶ月）　　　　　　　　　□お座り（　　ヶ月）

　　　□ずりばい（　　ヶ月）　　　　　　　　□はいはい（　　ヶ月）

　　　□つかまり立ち（　　ヶ月）　　　　　　□つたい歩き（　　ヶ月）

　　　□ひとり歩き（　　歳　　ヶ月）

　　　□「ママ」など意味のある単語（　　歳　　ヶ月）

　　　□「ワンワンきた」などの二語文　（　　歳　　ヶ月）

　　　音に対する反応：□敏感　　　□鈍感　　　□特に気にならない

**⑨予防接種について（受けたものに ☑ をつけ、回数を○で囲んでください）**

　　　□生ポリオ（１・２）　　□ポリオ不活化（１・２・３・４）

　　　□四種混合＜ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ＞（１・２・３・追加）

　　　□三種混合＜ジフテリア・百日咳・破傷風＞（１・２・３・追加）

　　　□ＭＲ＜麻しん風しん混合＞（１・２）　　□麻しん（はしか）　　□風しん

　　　□日本脳炎　　　　□おたふくかぜ　　　　□水痘（みずぼうそう）

　　　□Ｈｉｂ　　　　□肺炎球菌　　　　□ ロタ　　　　□Ｂ型肝炎

　　　□ＢＣＧ（　　年　　月）　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）

**⑩乳幼児健診について**

|  |  |
| --- | --- |
| １ヶ月健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：  指摘：□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３～４ヶ月健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：  指摘：□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６～７ヶ月健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：  指摘：□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １歳半健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：  指摘：□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３歳児健診 | 実施日：　　年　　月　　日　　　場所：  指摘：□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**⑪受けたことのある検査**

　　　□代謝スクリーニング　　□染色体　　□脳波　　□ＭＲＩ　　□ＣＴ

　　　□聴力検査　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）