

# [ 小児科系 初診問診票 ]

愛知県医療療育総合センター中央病院

お子様の氏名 \_\_\_\_\_ 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月) 男・女  
本日一緒に来院された方 ( 母 父 その他 : \_\_\_\_\_ )

## 当院を受診された契機は

( 他病院の医師の紹介 院内の他科から 乳児健診 (保健師、児童相談所) から  
知人の勧め 書籍やインターネット情報 その他 : \_\_\_\_\_ )

## 今回受診された理由を簡単に教えてください

## このことで現在までに通院した医療機関はありますか

ない ある → 病院名 : \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_  
病院名 : \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_  
病院名 : \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

## 妊娠、出生から今までの経過について簡単に記載してください (母子手帳を参考にしてください)

出生 ( \_\_\_\_\_ クリニック・病院) ( 正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開 )  
在胎 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 出生時体重 \_\_\_\_\_ g 身長 \_\_\_\_\_ cm 頭位 \_\_\_\_\_ cm

生殖補助医療 (不妊治療) の有無 ( 無し 有り → \_\_\_\_\_ )  
妊娠中の環境 飲酒 ( 無し 有り ) 喫煙 ( 無し 有り ) 服薬 ( 無し 有り → 薬品名 \_\_\_\_\_ )

## 妊娠中に何か変わったことはありましたか

無し 有り → ( 胎児が小さかった 羊水過多 羊水過少 胎動が少ない 妊娠中の発熱  
胎児浮腫 切迫流早産 その他 : \_\_\_\_\_ )

## 新生児期に受けた医療について

N I C U [新生児集中治療施設] の入院 ( 無し 有り → 約 \_\_\_\_\_ 日間 )  
N I C U で受けた医療は : 保育器 酸素投与 人工呼吸器 チューブ栄養 点滴  
光線療法 抗けいれん剤 その他 :

## 今までに受けた検査について

MRI CT 脳波 聴力検査 染色体検査 遺伝子検査 先天代謝異常検査  
眼科的検査 心臓超音波検査 腹部超音波検査 心理検査 (知能検査) その他 :

## いつ頃からどのようなようになったか、または入院、検査、手術などの主なできごとを簡単に記載してください

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 :

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 :

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 :

御家族についてお伺いします (家系図)

お父様は ( ) 人きょうだいの ( ) 番目 (上から ) [例: 男女男]
お母様は ( ) 人きょうだいの ( ) 番目 (上から )

祖父 ( 歳) 祖母 ( 歳) 祖父 ( 歳) 祖母 ( 歳)
父 ( 年 月 日生 歳) 母 ( 年 月 日生 歳)
[職業: ] [身長: cm]
(例: 兄: 〇年〇月〇日生>
< : 年 月 日生>
< : 年 月 日生>
<本人: 年 月 日生>
< : 年 月 日生>
< : 年 月 日生>
< : 年 月 日生>

血族結婚 (いとこ結婚など) は □有り □無し
自然流産、死産歴はありますか □有り □無し
ご家族やご親戚の中に、お子さんと同じような症状の方はいますか □有り □無し
お母さまは現在ご妊娠中ですか □はい □いいえ

発達について

首がすわったのは ( ケ月) 追視 ( ケ月)
寝返りができる ( ケ月) あやし笑い ( ケ月)
お座りができる ( ケ月) 初めての言葉 ( ケ月)
ハイハイができる ( ケ月)
つかまり立ち ( ケ月) 人見知り (□有り □無し)
一人歩き ( ケ月) 歯の生え始め ( ケ月)

今まで受けた予防接種

三種混合 (□1, □2, □3, □追加, □2期) ポリオ (□1, □2, □3, □追加)
麻疹風疹 (□1期, □2期) 四種混合 (□1, □2, □3, □追加)
肺炎球菌 (□1, □2, □3, □追加) ヒブ (□1, □2, □3, □追加)
日本脳炎 (□1, □2, □追加 □2期) □流行性耳下腺炎 (おたふく)
□水痘 (みずぼうそう) □BCG □B型肝炎 □その他 ( )

薬や食物、ラテックス等のアレルギーはありますか □無し □有り:

過去~現在の療育、通園について (例: 〇歳から△△療育センターでPT 〇歳~△〇教室)

現在通っているところ

□親子通園 □ディサービス □保育園 (□加配有り) □幼稚園 □小学校 (□支援学級)
□特別支援 (養護) 学校 □その他:

現在取得している手帳 (□療育手帳\_\_判定 □身障手帳 [ ] 種 級 □その他 )

診察前に医師、看護師に伝えたいことがあればご記入ください

ご記入ありがとうございました 記入日 年 月 日 記入者 (□母 □父 □その他: )