

多摩北部医療センター 小児科 問診票

1/6

※回答可能な部分のみご記入ください。

記入者:		続柄: 本人・父・母・その他:	
受診者	フリガナ:		
	氏名:	(男・女)	
	生年月日:	西暦 年(平成 年) 月 日 ()歳	
	住所:	〒 _____ 都・道・府・県	
		_____ 市・区・町・村	
	自宅・施設:	_____ ・ その他:	
	電話番号:	日中の連絡先(携帯など):	

- 1) 当センターを受診されるきっかけを教えてください。該当するものに☑してください。
- 他院からの紹介(病院名: _____) 療育センター 児童相談所
- 幼稚園・保育園 学校 教育相談 保健所 福祉事務所 知人・友人
- 家族が当センターを利用していた(いる) 当センターを利用している人からの紹介
- インターネット その他(_____)

- 2) 来院されるのは、どのような心配や問題のためでしょうか。詳しい内容は初診当日に伺います。一番心配なこと、または、困っていることについて、簡単にご記入ください。
-
-

- 3) 心配や問題が始まった時期はいつ頃ですか。(_____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃) そのときの様子を簡単に記してください。きっかけになるような出来事がありましたか。もしあれば記入してください。
-
-

- 4) 2)に書いた心配や問題のことで今までに相談機関に相談したことがありますか?(ない ・ ある↓)

_____ 歳 (_____ 年生) どこで

_____ 歳 (_____ 年生) どこで

今も相談している → どこで

- 5) 2)に書いた心配や問題のことで今まで医療機関で治療を受けたことがありますか。(ない ・ ある↓)

_____ 歳 (_____ 年生) どこで: 通院した・入院した

_____ 歳 (_____ 年生) どこで: 通院した・入院した

今も相談している → どこで: 通院している・入院している

6) 次のうち当センターに一番期待するものに☑してください。 2/6

- 診断 検査(心理検査・血液検査など) お話での治療(カウンセリング) お薬での治療
 家族としての接し方を教えてほしい 学校のことを相談したい セカンド・オピニオン
 診断書の交付 その他()

7) ご本人が生まれたとき、どちらに住んでいましたか。

[] 都・道・府・県 [] 市・区・町・村

8) その後引っ越しをしましたか。

年 または、 歳 どこで

年 または、 歳 どこで

9) 就学前に通所していた・しているところがありますか。(ない・ある↓)

(通所施設・療育センター・保健所 など)

年 (歳)から 年 (歳)まで:

年 (歳)から 年 (歳)まで:

10) 教育について教えてください。

・就学前

幼稚園・保育園 在園中・卒園 所在地:

幼稚園・保育園 在園中・卒園 所在地:

・小学校 所在地:

小学校(卒業・ 年生) 成績: 上・中・下

普通学級・特殊学級(心障・情緒障害)・養護・通級学級(小学校 教室)

・小学校(転校・編入) 所在地:

小学校(卒業・ 年生) 成績: 上・中・下

普通学級・特殊学級(心障・情緒障害)・養護・通級学級(小学校 教室)

・中学校 所在地:

中学校(卒業・ 年生) 成績: 上・中・下

普通学級・特殊学級(心障・情緒障害)・養護・通級学級(中学校 教室)

・高校 所在地:

高校(卒業・中退・ 年生) 成績: 上・中・下

普通科・商業科・工業科・(科)

全日制・夜間定時制・昼間定時制・単位制・通信制・通信制サポート校・その他↓

- 11) お母様の妊娠について教えてください。該当するものに☑してください。 □ 該当事項なし
 不妊治療 人工受精 体外受精／顕微授精 妊娠中毒症 切迫流産・早産
 感染症() レントゲン検査 薬物服用
 アルコールの常用 喫煙 その他()

- 12) 出生時のことについて教えてください。該当するものに☑してください。

- ・第 週 経膈分娩 帝王切開 骨盤位分娩(逆子)
 ・体重: g 多胎(双子) 鉗子分娩 吸引分娩
 ・身長: cm 首にへその緒がからんでいた 分娩誘発剤を使用した
 ・胸囲: cm 新生児仮死
 ・頭囲: cm その他の異常:

出産した場所・施設:

分娩中の麻酔の使用 使用しなかった 全身麻酔 脊椎麻酔 局所麻酔

- 13) 新生児期について教えてください。該当するものに☑または、数値を記入してください。

- ・アプガースコア(1～10点)(ご存知の場合) []点
 ・新生児黄疸について。 普通 強かった → 光線治療を受けた 交換輸血をした
 ・新生児に保育器を使用していましたか。 使用していない 使用していた → []日間

- 14) 以下のような病気になったことはありますか。該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 熱性けいれん | 歳 | <input type="checkbox"/> てんかん | 歳 |
| <input type="checkbox"/> 脳症 | 歳 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | 歳 |
| <input type="checkbox"/> 川崎病 | 歳 | <input type="checkbox"/> 頭部外傷 | 歳 |
| <input type="checkbox"/> 自家中毒・周期性嘔吐症 | 歳 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | 歳 |

- 15) 14)の他に今までにかかった主な病気やケガがありましたら教えてください。

- | | | | |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 歳 病名: | <input type="checkbox"/> 入院した | <input type="checkbox"/> 手術した | <input type="checkbox"/> 輸血をした |
| 歳 病名: | <input type="checkbox"/> 入院した | <input type="checkbox"/> 手術した | <input type="checkbox"/> 輸血をした |
| 歳 病名: | <input type="checkbox"/> 入院した | <input type="checkbox"/> 手術した | <input type="checkbox"/> 輸血をした |

- 16) アレルギー性疾患はありますか。該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

- | | | |
|--|-------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | 歳から | 薬 [なし・あり →] |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎(含.花粉症) | 歳から | 薬 [なし・あり →] |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | 歳から | 薬 [なし・あり →] |
| <input type="checkbox"/> 食物アレルギー | [食品名: |] |
| <input type="checkbox"/> 薬アレルギー | [食品名: |] |
| <input type="checkbox"/> 他: | | |

17) 発達の様子を教えてください。

4/6

・首がすわった	ヶ月	・つかまり立ちをした	ヶ月
・一人すわりをした	ヶ月	・一人で歩いた	歳 ヶ月
・はいはいをした	ヶ月		
・パパ、ママなどの簡単な言葉を使う	歳	ヶ月	
・二語文を話す	歳	ヶ月	

18) 健診のときに何か問題を指摘されましたか。

・1歳6ヶ月健診:

・3歳健診:

19) 現在の身の周りの自立について教えてください。該当するものに☑をしてください。

・利き手 右手 左手 不明

・食事 全介助 手づかみ スプーンを使う お箸が使える (サポート箸)

・排泄 オムツを使用 尿意を訴える 便意を教える
一人でトイレに行くが、お尻はふけない 完全に自立

・更衣 全介助 脱げるが着ることはできない 着られるがボタンははめられない
完全に自立

20) 現在の生活習慣について教えてください。該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

・食事 食思良好 食欲が落ちている 食べすぎる
極端な偏食がある:

・睡眠 現在の睡眠時間: _____: _____ 入眠 ~ _____: _____ 起床 昼寝(する 回・しない)
ぐっすり眠っている 熟睡できない 寝付けけない、寝つきが悪い
途中で目がさめる 朝早く目が覚めてしまう 昼夜逆転している
睡眠リズムがくずれている

・清潔 *入浴・洗面・手洗いなどについて
問題なし 問題がある:

21) ご本人の性格について教えてください。該当するものに○をしてください。

無口・おしゃべり・内気・気が強い・一人でも平気・さみしがりや・大人しい・活発
粘り強い・あきらめやすい・頑固・優柔不断・明るい・暗い・やさしい・冷たい・温和
短気・甘えん坊・自尊心が強い・わがまま・気をつかいすぎる・完璧主義・几帳面
だらしない・責任感が強い・責任感がない・正直・ウソをつく・見えっ張り・謙虚・世話好き
神経質・心配性・その他:

22) 友達は多いですか。 多い 普通 少ない

友達との遊び方や、対人関係上の特徴などありましたら教えてください。

23) 下記項目について教えてください。

● 予防接種

1. ヒブ	未・I-①・②・③・追加
2. 肺炎球菌(プレベナー)	未・I-①・②・③・追加
3. 四種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ)	未・I-①・②・③・追加・Ⅱ期
4. 三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア)	未・I-①・②・③・追加・Ⅱ期
5. 不活化ポリオ	未・I-①・②・③・追加
6. ポリオ(生ワクチン)	未・Ⅰ期・Ⅱ期
7. BCG	未・済
8. 麻疹・風疹(MR)	未・Ⅰ期・Ⅱ期・かかった(麻疹・風疹)
9. 水痘	未・Ⅰ期・Ⅱ期・かかった
10. 流行性耳下腺炎(おたふく)	未・Ⅰ期・Ⅱ期・かかった
11. 日本脳炎	未・I-①・②・追加
12. インフルエンザ(今年・昨年・一昨年・それ以前) → 接種後気になる事象(あり・なし)	
13. その他(B型肝炎, ロタなど)	

● 内服薬している薬はありますか? ない ある ↓

薬剤名 および 処方量

● 嗜好品(本人)について教えてください。

・飲酒: しない する(才から・量:) ・喫煙: しない する(才から・1日 本)

24) お子さんの心理状態に影響があると思われる出来事がありましたら、○を記入してください。
そのうち、今回ご相談の症状が出現した1年以内に起こった出来事については◎をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	近親者との死別	<input type="checkbox"/>	教師からしょっちゅう怒られる	<input type="checkbox"/>	受験
<input type="checkbox"/>	家庭内での深刻な争い	<input type="checkbox"/>	親からしょっちゅう怒られる	<input type="checkbox"/>	転校
<input type="checkbox"/>	深刻な兄弟げんか	<input type="checkbox"/>	いじめられたり、仲間はずれにされたりした	<input type="checkbox"/>	転居
<input type="checkbox"/>	経済的な問題	<input type="checkbox"/>	母親が働くようになった	<input type="checkbox"/>	両親の離婚
<input type="checkbox"/>	弟・妹が生まれた	<input type="checkbox"/>	習い事や課外活動での大きなイベント	<input type="checkbox"/>	親が再婚した
その他(思い当たることがあれば記入してください)					

25) 医療福祉制度の利用について教えてください。お持ち方は該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

療育手帳(愛の手帳) []度 : 年 月 日発行

身体障害手帳 []級 : 年 月 日発行

自立支援医療 年 月 日から

小児慢性特定疾患 疾患名 :

その他:

* 子どもの心理状態には、ご家族の情報も重要であるため、これ以降の項目はご家族のことについてお聞きします。

しかし、プライバシーに関することですので、ご記入が難しい場合には空欄のままでもかまいません。

26) ご家族について教えてください。

・現在、同居している人に☑をつけ、詳細をご記入ください。

父 母 継父 継母 兄弟・姉妹(人)

祖父(○を→父方・母方) 祖母(○を→父方・母方) その他:.....

・現在、同居されている方はご本人を含めて合計で何人ですか。()人

・父 氏名: (才) 同居・別居(含、単身赴任)・離婚・行方不明

最終学歴: 持病:

中学・高校・高専・大学・その他

・母 氏名: (才) 同居・別居(含、単身赴任)・離婚・行方不明

最終学歴: 持病:

中学・高校・高専・大学・その他

・兄弟・姉妹 [ご本人は 人兄弟・姉妹の 番目]

	お名前	年齢 性別	職業 または 学校
1.		()歳 男・女	幼保・小・中・高・大・その他・社会人
2.		()歳 男・女	幼保・小・中・高・大・その他・社会人
3.		()歳 男・女	幼保・小・中・高・大・その他・社会人
4.		()歳 男・女	幼保・小・中・高・大・その他・社会人

27) ご家族・ご親戚で以下の症状のある方、あるいはあった方はいますか。

熱性けいれん :父・母・兄弟姉妹・その他 頭痛 :父・母・兄弟姉妹・その他

てんかん :父・母・兄弟姉妹・その他 発達の遅れ :父・母・兄弟姉妹・その他

突然死 :父・母・兄弟姉妹・その他 身体障害 :父・母・兄弟姉妹・その他

不整脈 :父・母・兄弟姉妹・その他 視覚・聴覚障害 :父・母・兄弟姉妹・その他

28) 精神科や神経科への通院歴・入院歴のある方はいますか。内服されている薬がある場合はご記入ください。

29) その他、医師にご家族のことについて知らせておきたいことがありましたらご記入ください。