

# [ 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 ) } 父 ( 年 月 日生 歳 ) } < 例 : 兄 : ○年○月○日生 >  
祖母 ( 歳 ) } [ 職業 : ] } < : 年 月 日生 >  
[ 身長 : cm ] } < 本人 : 年 月 日生 >  
祖父 ( 歳 ) } 母 ( 年 月 日生 歳 ) } < : 年 月 日生 >  
祖母 ( 歳 ) } [ 職業 : ] } < : 年 月 日生 >  
[ 身長 : cm ] }

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 : ○歳から△△療育センターでPT ○歳～△○教室)

現在通っているところ

親子通園  デイサービス  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 : )