

新潟南病院小児科 はったつ外来問診票 記入日 平成 年 月 日

受診者氏名 ( ) (男 / 女)  
生年月日 平成 年 月 日 (現在 歳 ヶ月)  
記入者氏名 ( ) 受診者との続柄 ( )

1. 受診のきっかけについて教えてください。

(例 保育園の先生におくれを指摘された まわりの子とくらべて気になることがある など)

2. ご相談したいことは何ですか？ 外来でお伝えしたいことはありますか？

(例 走り回って、動きが気になる おしゃべりがなかなかでてこない など)

3. 出産の発達状況について教えてください。

妊娠経過について(どちらかの□に レ をつけてください)

順調

治療あり ご記入ください \_\_\_\_\_

お産の形式 (□に レ をつけてください)

普通分娩  吸引分娩

帝王切開術 理由 \_\_\_\_\_

新生時期で何か気になることはありましたか？ 入院したことがあればご記入ください。

(例 母乳ののみが悪かった 黄疸で光線治療を受けた など)

4. 今までの発達の経過についてできるようになった年齢 ( 歳 ヶ月 ) をご記入ください。

運動の発達

頸がすわる \_\_\_\_\_ ヶ月 寝返りする \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

お座りする(支えなしで) \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 はいはいをする \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

ひとりで歩く \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 走る \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

認知 ことばの発達

あやして笑う \_\_\_\_\_ ヶ月 身振りのまねをする \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

指さしをする \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

意味のある単語が1-2語いえる \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 2語文を話す \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

5. 薬や食物のアレルギーがあればご記入ください。

(例 たまごを食べてじんましんがでた 抗生剤で下痢 など)

6. 今まで入院したり定期的な投薬治療を受けたこと、現在内服している薬があればご記入ください。

(例 1歳のとき喘息で入院 予防薬を半年間内服した など)

7. ご家族 ご親戚でご病気、発達に遅れのありましたら教えてください。

(例 兄が発達障がい と診断されて薬をのんでいる 父親が小児期喘息だった など)

8. お子さんの養育は主にどなたがされていますか？ \_\_\_\_\_

集団保育や療育を受けた経験があれば、ご記入してください。

(例 6ヶ月から保育園に入園 1歳から療育教室にかよいだめた など)

9. お子さんがこれまでに受けた予防接種を教えてください。(□に レ をつけてください)

四種混合(DPT-IPV)  三種混合 (DPT)  BCG  ヒブ (Hib)

肺炎球菌  麻疹風疹 (MR)  水ぼうそう  おたふくかぜ

B型肝炎  ロタ

10. お子さんの生活について教えてください。(□に レ をつけてください)

朝 おきる時間  おおむね決まっている \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 ごろ

まちまちの時間におきている

夜 ねる時間  おおむね決まっている \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 ごろ

まちまちの時間にねている

テレビ・ビデオ・携帯などを見ている時間 1日 \_\_\_\_\_時間 ぐらい

11. 音の聞こえが悪いと思うことはありますか？  はい  いいえ

12. こちらから、連絡をさしあげる場合があります。連絡先をお書きください。

電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

ありがとうございました。