

療育相談室問診票

※下記の内容をご記入の上、
申込書と一緒にご返送ください。

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	男	生年月日	年齢	所属園・所(学年・クラス)		
お子様の氏名			女	平成 令和	年 月 日	歳 か月	[]		
現住所	〒				転居歴	お子様が()歳の時 なし あり [] 都道府県 [] 市区町村			
電話番号(父)	-		電話番号(母)	-		交通手段	車 公共交通機関 自転車 徒歩		
家族構成 ※本人除く	続柄	氏名	ふりがな	生年月日		勤務・通園・通学先	健康状態		
				S.H.R 年 月 日			良・加療[]		
				S.H.R 年 月 日			良・加療[]		
				S.H.R 年 月 日			良・加療[]		
				S.H.R 年 月 日			良・加療[]		
出生 入院中の 状況	出産場所[]				在胎[] 週 日	出生体重[] g			
	緊急搬送 なし / あり[]				病院[]	分娩	普通 無痛 帝王切開 (予定/緊急) 吸引 鉗子		
	妊娠中[]				切迫流産/早産 妊娠高血圧症	娩	仮死 [アプガースコア 点] NICU GCU なし / あり[] 日間		
	新生児スクリーニング	先天性代謝異常		パス/ 再検査→結果()		入院時	光線療法 輸血		
	聴覚(ABR/OAE)		パス/ 再検査→結果()		処置	酸素投与 その他			
既往歴 服薬歴	てんかん	なし / あり[] 歳 か月から		通院先[]		服薬			
	熱性けいれん	なし / あり 1回目[] 歳 か月		2回目[] 歳 か月					
	中耳炎	なし / あり [] 歳頃		処置[]		服薬 切開 チューブ [] 通院先[] ※聴力検査結果あればコピー添付			
検査歴	聴力検査	なし / あり 正常 難聴疑い 難聴 [補聴器 使用/不要]		通院先[]					
	視力検査	なし / あり 正常 弱視[左/右] 乱視[左/右] 斜視[左/右]		眼鏡使用・不要					
	心理検査	なし / あり 検査名[]		IQ/DQ[]		検査場所[]			
通院 入院歴①	病院[]	診療科[]		担当医[] 医師		服薬[]			
	疾病名[]	治療経過[]							
通院 入院歴②	病院[]	診療科[]		担当医[] 医師		服薬[]			
	疾病名[]	治療経過[]							
外傷歴	頭部外傷 なし / あり[交通事故 転倒 転落 打撲][] 歳 か月				骨折 なし / あり[] 歳 か月				
入院歴	インフル など高熱 なし / あり[] 歳 か月				放射線治療 なし / あり[] 歳 か月				
乳幼児 健診の 結果	健診時期	受診状況	受診先	指摘されたこと		育児相談・おやこ相談			
	3~4か月児	受診/未受診							
	6~7か月児	受診/未受診							
	9~10か月児	受診/未受診							
	1歳6か月児	受診/未受診	小児科						
3歳児	受診/未受診	小児科							
相談先	保健センター 医療機関		保育園(所) 幼稚園		その他[]				
育児について	育児に負担を感じることはありますか				ある / どちらともいえない / いいえ				
	ある場合、それはどのようなことですか。 []				育児に協力してくれる人はいますか。 いいえ / はい [祖父母 親族 友人]				
福祉制度の利用	身体障害者手帳[種別 級]		精神障害者保健福祉手帳[級]		療育手帳 OA,A1,A2,B1,B2				
	障害児通所受給者		なし/あり → <input type="checkbox"/> セルフプラン <input type="checkbox"/> 相談支援事業所名[]		担当 []				

※裏面もご記入ください