

# 問 診 票

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入者： \_\_\_\_\_

お子さんの名前： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 (男・女)

## 【生育歴】

- ・妊娠中：トラブル (なし・あり：具体的に \_\_\_\_\_ )
- ・分娩：出生時体重 \_\_\_\_\_ g 在胎期間 \_\_\_\_\_ 週 + \_\_\_\_\_ 日  
出生病院 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 都・道・府・県)
- ・出産時の状況：自然分娩、帝王切開、その他 ( \_\_\_\_\_ )  
トラブル (なし・あり→具体的に \_\_\_\_\_ )
- ・出産後にお母様に体調の不良はありましたか？ (なし・あり→具体的に \_\_\_\_\_ )
- ・栄養：母乳 (断乳の時期→ \_\_\_\_\_ )、人工、混合 離乳食の開始時期 ( \_\_\_\_\_ ヶ月) ~ 完了 ( \_\_\_\_\_ ヶ月)
- ・アレルギー：なし・あり→ ( \_\_\_\_\_ )
- ・発育状況：首がすわる ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、寝返り ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、玩具をにぎる ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、人見知り ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、  
おすわり ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、はいはい ( \_\_\_\_\_ ヶ月・ずり這い、たか這い、よつ這い)、  
つかまり立ち ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、つたい歩き ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、歩き始め ( \_\_\_\_\_ ヶ月)  
始語 ( \_\_\_\_\_ ヶ月) →意味のあることば ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )  
※現在の身長 ( \_\_\_\_\_ cm)、体重 ( \_\_\_\_\_ kg) (R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

## 【生活習慣】

- ・食事： 量 (よく食べる・普通・食が細い)、好き嫌い (なし・あり→嫌いな食品 \_\_\_\_\_ )  
方法 (手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ 箸 )、食事にかかる時間 ( \_\_\_\_\_ 分)  
利き手：右利き・左利き・両手 / 家族で左利きの人は？ ( \_\_\_\_\_ ) ・ いない
  - ・排泄： おむつ (している・していない) おねしょ (する・時々する・しない)  
大便：自立・介助 (便意：知らせる ・ 知らせるときもある ・ 知らせない)  
小便：自立・介助 (尿意：知らせる ・ 知らせるときもある ・ 知らせない)
  - ・衣服着脱： 着替えさせる ・ 手伝うと自分でできる ・ 自分でできる
  - ・睡眠： 就寝 ( \_\_\_\_\_ 時) ~ 起床 ( \_\_\_\_\_ 時)、 昼寝 (しない・する→ \_\_\_\_\_ 分位)  
寝つき (良い・悪い)、 目覚め (良い・悪い)、 添い寝 (する・しない)
  - ・くせ： なし ・ あり →具体的に \_\_\_\_\_
  - ・遊び： お友達と遊ぶ ・ ひとりで遊ぶ ・ 大人と遊ぶ  
好きな遊び： (室内遊び) \_\_\_\_\_ (外遊び) \_\_\_\_\_  
遊びに出かける場所： \_\_\_\_\_  
テレビ・動画を1日どのくらい見えていますか： \_\_\_\_\_
  - ・苦手なもの (例.大きな音、ベタベタしたもの)：なし・あり→具体的に \_\_\_\_\_
  - ・保護者から見たお子さんの性格： \_\_\_\_\_
- (2 ページ目に続く)

【医療・保健・療育情報】

・1歳6か月児健診：受けていない・受けた（ 年 月）→相談・助言等あれば下記にお書き下さい。

---

・3歳児健診：受けていない・受けた（ 年 月）→相談・助言等あれば下記にお書き下さい。

---

・医療機関で専門的な治療を受けている場合は、下記にご記入ください。

① 診断名：\_\_\_\_\_（初診日：\_\_\_\_\_） 医療機関名：\_\_\_\_\_ 病院 科 医師

内服薬： 無 ・有（薬名\_\_\_\_\_） 通院頻度：\_\_\_\_\_

② 診断名：\_\_\_\_\_（初診日：\_\_\_\_\_） 医療機関名：\_\_\_\_\_ 病院 科 医師

内服薬： 無 ・有（薬名\_\_\_\_\_） 通院頻度：\_\_\_\_\_

③ 診断名：\_\_\_\_\_（初診日：\_\_\_\_\_） 医療機関名：\_\_\_\_\_ 病院 科 医師

内服薬： 無 ・有（薬名\_\_\_\_\_） 通院頻度：\_\_\_\_\_

・療育機関で専門的な相談・訓練を受けている場合は、下記にご記入ください。

① 療育機関名：\_\_\_\_\_ 相談開始日 \_\_\_\_\_（利用頻度：月 回・終了）

② 療育機関名：\_\_\_\_\_ 相談開始日 \_\_\_\_\_（利用頻度：月 回・終了）

・民間の児童発達支援事業所（療育機関）について： 利用を検討中 ・ 説明が聞きたい ・ わからない

・現在利用されている福祉制度等について

なし

受給者証 取得年月日： 年 月（ 市）

身体障害者手帳（ 種 級）取得年月日： 年 月

療育手帳（判定 ） 取得年月日： 年 月

訪問看護（事業所： 開始日： ）

訪問リハビリ（事業所： 開始日： ）

その他（ ）