

ID : _____

フリガナ		性別	生年月日	☆年齢
お名前		☐ 男性 ☐ 女性	☐ S ☐ H 年 月 日 ☐ R	歳 ヶ月
住 所	〒			
自宅電話		携帯電話		

☆オンライン資格確認システム(マイナ保険証)による診療情報取得について

☐ 同意する☐ 同意しない

☆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

☐いいえ ☐はい

■今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい ・ ・ ・ → 医療機関名

いつから： 頃～ 治療内容：

■現在、今回の相談の症状**以外**に、治療中の病気はありますか？

☐いいえ ☐はい ・ ・ ・ → 医療機関名

いつから： _____ 頃～ _____ 治療内容： _____

■これまでに大きな病気、入院はありましたか？

□いいえ □はい ・ ・ ・ → 何歳頃に？ _____ 歳頃
病名

■現在服用中のお薬はありますか？

☐いいえ ☐はい . . . → お薬手帳をお持ちでなければお薬の内容

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐いいえ ☐はい . . . → 内容は？

■けいれんを起こしたことがありますか？

□いいえ □はい ・ ・ ・ → 熱性けいれん ・ ダ イ ャ ッ プ 予 防 中 ・ てんかん
抗てんかん薬の内服あり ・ 抗てんかん薬内服中

【大人のみ】

・この一年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい

・現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）

☐いいえ ☐はい

☆当院をどのようにしてお知りになりましたか？あてはまるもの1つに○をお願い致します。

1 通りすがり・近所 2 ホームページ（スマホ版・PC版） 3 Instagram 4 電柱広告
5 知人より聞いた（保育園・幼稚園・学校・その他）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療情報提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆電子の診療情報連携体制整備加算 (初診)…9点、(小児科外来診療料初診/小児かかりつけ診療料初診)…9点

【月1回】 (再診)…2点、(小児科外来診療料再診/小児かかりつけ診療料再診)…2点

【1】家族構成をご記入ください。（本人を除く）

続柄	氏名	年齢	勤務先・学校	同・別居	健康状態

【2】現在の困っている事や相談されたいことをお書きください。

【3】発達の経過について、母子手帳等を見てお答えください。

①妊娠中 □異常なし □異常あり（具体的に： ）

②出生時 妊娠週数（ 週 日） 出生体重（ g）
 □異常なし □異常あり （具体的に： ）

③乳幼児期の発達 （出来るようになった時期を記入し、あてはまるものに☒してください。

【運動発達について】

首の座り： か月 お座り： か月
ハイハイ： か月 つかまり立ち： か月 ひとり歩き： 歳 か月

【精神発達について】

バイバイなど身振りの真似をする： 歳 か月
大人の日常の動作の真似をする： 歳 か月
喃語（意味のない発声：バババ、ダーダーなど）： 歳 か月
始語（意味のある単語：ママ、ワンワンなど）： 歳 か月 ※初めての言葉「 」
二語文（文：おちやのむ、ワンワンいたなど）： 歳 か月
1歳半健診での相談・指摘 □なし □あり（具体的に： ）
3歳健診での相談・指摘 □なし □あり（具体的に： ）

◎乳幼児期で気になったことがあれば☒してください。

□視線が合いづらい □名前を呼んでも振り返らない
□他の子どもに興味がない □指さしで興味のあるものを伝えない
□言葉の遅れがある □会話が続かない
□一方的に自分の言いたいことだけを言う
□こちらの言ったことをそのまま繰り返すオウム返しがある
□CMなどのフレーズをそのままの言葉で繰り返す
□同じ質問を答えてあげているのに、しつこく聞いてくる
□いつも通りでないと嫌がる、手順が急に変わると混乱する
□表情が乏しい（あまり笑わない） □見せたいものを持ってくることがない
□人見知りが激しい □人見知りをしない
□迷子が多い □多動で、手を離すとどこに行くか分からない
□ジャンプを繰り返す、自分がクルクル回るなど、全身の繰り返す動きが多い
□手をヒラヒラさせるなど独特な動きがある
□つま先で歩く
□回るもの（タイヤ、扇風機など）を見るのが好き

- ☐マークや数字、文字が大好き
- ☐物並べが好き
- ☐感覚遊び（音を出す、物を落とす、水の流れを見るなど）に没頭する
- ☐物を横目で見ると、目の前で動かす
- ☐動画やビデオの特定の場面を繰り返し見る
- ☐ドアの開け閉め、ページめくりなど、物を同じやり方で繰り返しやる
- ☐抱っこされるのを嫌がる ☐体に触られるのを嫌がる
- ☐食べ物でないものを食べたり、飲み込んだりする
- ☐食べ物でないものを飲み込みはしないが、くちに入れる、噛む、しゃぶる、舐める
- ☐におい、触り心地、光や模様、痛みや熱さに鈍感、もしくは敏感
- ☐偏食が激しい
- ☐何でもないものをひどく怖がる ☐苦手な音がある
- ☐かんしゃくが激しい ☐急に泣いたり、怒ったりする
- ☐物を投げる、人を叩く、噛むなど他害がある
- ☐頭を床や壁に打ち付ける、手を噛む、自分の頭を叩くなど自分が痛い思いをすることをやる

【4】保育・教育の経過についてお聞きます。

【 保育園 ・ 幼稚園 】 入園 （ 歳 か月～）

へどちらかに○をつけてください

通園中に気になったことがあれば☒もしくは具体的に記入してください。

☐じっとできない ☐お友達に手が出てしまう ☐お友達と仲良く遊べない

☐先生やお友達と話せない ☐保護者と離れられない ☐こだわりが強い

☐運動会や発表会などに上手に参加できない

☐その他（ ）

【小・中学校】

通学中に気になったことがあれば☒もしくは具体的に記入してください。

☐忘れ物・失くし物が多い ☐整理整頓ができない ☐友人トラブルがある

☐座ってられない ☐教室から出て行ってしまう ☐先生の話聞いていない

☐集中できない ☐読み書きが苦手 ☐計算が苦手 ☐登校渋り ☐朝起きられない

☐その他（ ）

【療育機関】

児童デイサービスや放課後等児童デイサービス、子ども発達支援・療育センターなど利用があればご記入ください

機関名： いつから：

【発達検査】

今までに発達検査・知能検査を受けたことがあればご記入ください

発達検査名： 検査日： 年 月 日 結果：

【5】福祉支援について、現在お持ちの手帳や受給者証に☒してください。

☐療育手帳（愛の手帳）：障害の程度（ ）度

☐身体障害者手帳：（ ）級

☐精神障害者保健福祉手帳：（ ）級

☐障害福祉サービス受給者証（通所受給者証） ※児童デイサービスや放課後等児童デイサービス

【6】最後に、お子さんの良い所、素敵だなと思うところを、なるべく5個あげてみてください。
ささいなことでも構いません。

- .
- .
- .
- .
- .