

多摩北部医療センター 小児科 問診票

| | |
|-------------|--|
| 記入者: | 続柄: 本人・父・母・その他: |
| 受 診 者 | フリガナ: |
| | 氏名: (男・女) |
| | 生年月日: 西暦 年(平成・令和 年) 月 日 ()歳 |

以下の内容は診療を行う上で重要な手掛かりとなりますので、可能な限り記載をお願いします。
(特に発達についての相談や、思春期での受診をご希望の方)

【現病歴】

1 当センターを受診されるきっかけを教えてください。該当するものに☑してください。

- 他院からの紹介(病院名: _____) 療育センター 児童相談所
 幼稚園・保育園 学校 教育相談 保健所 福祉事務所 知人・友人
 家族が当センターを利用していた(いる) 当センターを利用している人からの紹介
 インターネット その他(_____)

2 来院されるのは、どのような心配や問題のためでしょうか。詳しい内容は初診当日に伺います。
一番心配なこと、または、困っていることについて、ご記入ください。

3 心配や問題が始まった時期はいつ頃ですか。 (_____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃)
そのときの様子を簡単に記してください。きっかけになるような出来事がありましたか。
もしあれば記入してください。

4 心配や問題のことで今までに相談機関に相談したことがありますか？(ない・ある↓)

_____ 歳 (_____ 年生) どこで _____

_____ 歳 (_____ 年生) どこで _____

今も相談している → どこで _____

5 心配や問題のことで今まで医療機関で治療を受けたことがありますか。(ない・ある↓)

_____ 歳 (_____ 年生) どこで: _____ 通院した・入院した

_____ 歳 (_____ 年生) どこで: _____ 通院した・入院した

今も相談している → どこで: _____ 通院している・入院している

6 経過中の不登校などの有無についてうかがいます。(該当する回答を○で囲んでください)

- A. 不登校: なし・あり (ある場合はその時期: ~)
- B. 2で書いた以外の身体症状: なし・あり (ある場合はその時期: ~)
- C. 家庭内暴力: なし あり (ある場合はその時期: ~)
- D. 非行: なし あり (ある場合はその時期: ~)

7 次のうち当センターに一番期待するものに☑してください。

- 診断 検査(心理検査・血液検査など) お話での治療(カウンセリング) お薬での治療
- 家族としての接し方を教えてほしい 学校のことを相談したい セカンド・オピニオン
- 診断書の交付 その他()

8 以下のような病気になったことはありますか。該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

| | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 熱性けいれん | 歳 | <input type="checkbox"/> てんかん | 歳 |
| <input type="checkbox"/> 脳症 | 歳 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | 歳 |
| <input type="checkbox"/> 川崎病 | 歳 | <input type="checkbox"/> 頭部外傷 | 歳 |
| <input type="checkbox"/> 自家中毒・周期性嘔吐症 | 歳 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | 歳 |

9 8の他に今までにかかった主な病気やケガがありましたら教えてください。

| | | | |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 歳 病名: | <input type="checkbox"/> 入院した | <input type="checkbox"/> 手術した | <input type="checkbox"/> 輸血をした |
| 歳 病名: | <input type="checkbox"/> 入院した | <input type="checkbox"/> 手術した | <input type="checkbox"/> 輸血をした |
| 歳 病名: | <input type="checkbox"/> 入院した | <input type="checkbox"/> 手術した | <input type="checkbox"/> 輸血をした |

【成育歴】

10 お母様の妊娠について教えてください。該当するものに☑してください。 該当事項なし

- 不妊治療 人工受精 体外受精/顕微授精 妊娠中毒症 切迫流産・早産
- 感染症() 放射線被ばく(レントゲン検査など)
- 薬物服用 アルコールの常用 喫煙 身体疾患・外傷(病名:)
- その他()

11 出生時のことについて教えてください。該当するものに☑してください。

- ・分娩中の麻酔の使用 使用しなかった 全身麻酔 脊椎麻酔 局所麻酔
- ・第 週 経膈分娩 帝王切開 骨盤位分娩(逆子)
- ・体重: g 多胎(双子) 鉗子分娩 吸引分娩
- ・身長: cm 首にへその緒がからんでいた 分娩誘発剤を使用した
- ・胸囲: cm 新生児仮死 黄疸(治療内容: 光線療法 交換輸血)
- ・頭囲: cm 呼吸障害(治療内容: 保育器での酸素 人工呼吸器)
- ・その他の特記すべきこと・異常:
- ・出産した場所・施設:
- ・退院した時期 生後 日目

12 体重・身長・頭囲の変化

| | 日付 | 体重 | 身長 | 頭囲 |
|------------|-------|----|----|----|
| 産科退院時(日目) | 年 月 日 | g | cm | cm |
| 1か月児健診 | 年 月 日 | g | cm | cm |
| 3, 4か月児健診 | 年 月 日 | g | cm | cm |
| 6, 7か月児健診 | 年 月 日 | g | cm | cm |
| 9, 10か月児健診 | 年 月 日 | g | cm | cm |
| 1歳6か月児健診 | 年 月 日 | g | cm | cm |
| 3歳児 | 年 月 日 | g | cm | cm |

13 発達の様子を教えてください。

| | | | |
|-------------------|----|------------|------|
| ・首がすわった | ヶ月 | ・つかまり立ちをした | ヶ月 |
| ・一人すわりをした | ヶ月 | ・一人で歩いた | 歳 ヶ月 |
| ・はいはいをした | ヶ月 | | |
| ・パパ、ママなどの簡単な言葉を使う | 歳 | ヶ月 | |
| ・二語文を話す | 歳 | ヶ月 | |

14 健診のときに何か問題を指摘されましたか。

| | |
|-----------|--|
| ・1歳6ヶ月健診: | |
| ・3歳健診: | |
| ・その他: | |

15 教育について教えてください。

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| ・就学前 | |
| 幼稚園・保育園 | 在園中・卒園 所在地: |
| 幼稚園・保育園 | 在園中・卒園 所在地: |
| ・小学校 所在地: | |
| 小学校(卒業・ 年生) | 成績: 上・中・下 |
| 普通学級・特殊学級(心障・情緒障害)・養護・通級学級(小学校 教室) | |
| ・小学校(転校・編入) 所在地: | |
| 小学校(卒業・ 年生) | 成績: 上・中・下 |
| 普通学級・特殊学級(心障・情緒障害)・養護・通級学級(小学校 教室) | |
| ・中学校 所在地: | |
| 中学校(卒業・ 年生) | 成績: 上・中・下 |
| 普通学級・特殊学級(心障・情緒障害)・養護・通級学級(中学校 教室) | |

・高校 所在地:

| |
|---------------------------------------|
| 高校(卒業・中退・ 年生) 成績: 上・中・下 |
| 普通科・商業科・工業科・(科) |
| 全日制・夜間定時制・昼間定時制・単位制・通信制・通信制サポート校・その他↓ |

16 乳幼児期の様子について教えてください。(該当するものを○で囲む、もしくは☑する)

- ・夜泣き: なし あり(毎晩でしたか: はい いいえ)
- ・寝つき: よかった 寝付きにくかった(抱っこしないと寝なかったなど)
- ・コミュニケーションの問題
 - 言葉の遅れ 反響言語(他者の言葉を繰り返す) 構音障害 吃音
 - 不自然なイントネーション(しり上がりの言葉や平坦な話し方など)
 - その他の言葉の問題(内容: _____)
- ・夜のおむつが取れた時期: 歳 か月
- ・同世代の子どもとの関係: 興味が薄い 年齢相応に遊べた 非常に積極的
- ・多動で落ち着かない傾向: なし あり(具体的に: _____)
- ・他者への攻撃的行動: なし あり(具体的に: _____)
- ・不器用さ: なし あり(具体的に: _____)
- ・感覚(音、光、触覚など)の過敏さ: なし あり
- ・幼稚園や保育園での生活で覚えていること、印象に残っていること、施設から指摘されたこと。
(_____)

17 小学校年代について教えてください。

- ・好きな遊び、趣味

- ・学習能力(成績、得意な科目、苦手な科目など)

- ・友人との関係

- ・親子関係

- ・同胞(兄弟姉妹)との関係

- ・睡眠、食事など生活リズムの確立状況

- ・自信、自尊心など自己に関するイメージ

- ・その他特記すべきこと

18 中学生・高校年代について教えてください。

・好きな遊び、趣味

・学習能力(成績、得意な科目、苦手な科目など)

・友人との関係

・親子関係

・同胞(兄弟姉妹)との関係

・睡眠、食事など生活リズムの確立状況

・自信、自尊心など自己に関するイメージ

・その他特記すべきこと

19 全体を通じて被虐待歴の有無を教えてください。

なし あり(虐待種および年代:

)

20 就学前に通所していた・しているところがありますか。(ない・ある↓)

(通所施設・療育センター・保健所 など)

年 (歳)から 年 (歳)まで:

年 (歳)から 年 (歳)まで:

21 現在の身の自立について教えてください。該当するものに☑をしてください。

・利き手 右手 左手 不明

・食事 全介助 手づかみ スプーンを使う お箸が使える (サポート箸)

・排泄 オムツを使用 尿意を訴える 便意を教える
一人でトイレに行くが、お尻はふけない 完全に自立

・更衣 全介助 脱げる が 着ることはできない 着られる が ボタンははめられない
完全に自立

22 現在の生活習慣について教えてください。該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

・食事 食思良好 食欲が落ちている 食べすぎる
極端な偏食がある：

・睡眠 現在の睡眠時間：_____：_____入眠 ~ _____：_____起床 昼寝(する 回・しない)
ぐっすり眠っている 熟睡できない 寝付けない、寝つきが悪い
途中で目がさめる 朝早く目が覚めてしまう 昼夜逆転している
睡眠リズムがくずれている

・清潔 *入浴・洗面・手洗いなどについて
問題なし 問題がある：

23 ご本人の性格について教えてください。該当するものに○をしてください。

無口・おしゃべり・内気・気が強い・一人でも平気・さみしがりや・大人しい・活発
 粘り強い・あきらめやすい・頑固・優柔不断・明るい・暗い・やさしい・冷たい・温和
 短気・甘えん坊・自尊心が強い・わがまま・気をつかいすぎる・完璧主義・几帳面
 だらしない・責任感が強い・責任感がない・正直・ウソをつく・見えっ張り・謙虚・世話好き
 神経質・心配性・その他：

24 嗜好品(本人)について教えてください。

・飲酒：しない する(才から・量：) ・喫煙：しない する(才から・1日 本)

25 習い事について教えてください。

・内容： 頻度：
 ・内容： 頻度：

26 お子さんの心理状態に影響があると思われる出来事がありましたら、○を記入してください。

そのうち、今回ご相談の症状が出現した1年以内に起こった出来事については◎をご記入ください。

| | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 近親者との死別 | <input type="checkbox"/> | 教師からしょっちゅう怒られる | <input type="checkbox"/> | 受験 |
| <input type="checkbox"/> | 家庭内での深刻な争い | <input type="checkbox"/> | 親からしょっちゅう怒られる | <input type="checkbox"/> | 転校 |
| <input type="checkbox"/> | 深刻な兄弟げんか | <input type="checkbox"/> | いじめられたり、仲間はずれにされたりした | <input type="checkbox"/> | 転居 |
| <input type="checkbox"/> | 経済的な問題 | <input type="checkbox"/> | 母親が働くようになった | <input type="checkbox"/> | 両親の離婚 |
| <input type="checkbox"/> | 弟・妹が生まれた | <input type="checkbox"/> | 習い事や課外活動での大きなイベント | <input type="checkbox"/> | 親が再婚した |
| その他(思い当たることがあれば記入してください) | | | | | |

27 医療福祉制度の利用について教えてください。お持ち方は該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

療育手帳(愛の手帳) []度： 年 月 日発行

身体障害手帳 []級： 年 月 日発行

自立支援医療 年 月 日から

小児慢性特定疾患 疾患名：

その他：

28 内服薬している薬はありますか？ ない ある ↓

薬剤名 および 処方量

29 アレルギー性疾患はありますか。該当するものに☑の上、詳細をご記入ください。

- | | | | |
|--|-------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | 歳から | 薬 | [なし ・ あり →] |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎(含.花粉症) | 歳から | 薬 | [なし ・ あり →] |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | 歳から | 薬 | [なし ・ あり →] |
| <input type="checkbox"/> 食物アレルギー | [食品名: | |]] |
| <input type="checkbox"/> 薬アレルギー | [食品名: | |]] |
| <input type="checkbox"/> 他: | | | |

30 予防接種および罹患歴について教えてください。

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. ヒブ | 未 ・ I - ① ・ ② ・ ③ ・ 追加 |
| 2. 肺炎球菌(プレベナー) | 未 ・ I - ① ・ ② ・ ③ ・ 追加 |
| 3. B型肝炎 | 未 ・ ① ・ ② ・ ③ |
| 4. ロタウイルス | 未 ・ 1価:① ・ ② または5価:① ・ ② ・ ③ |
| 5. 四種混合(百日咳 ・ 破傷風 ・ ジフテリア ・ ポリオ) | 未 ・ I - ① ・ ② ・ ③ ・ 追加 ・ II期 |
| 6. 三種混合(百日咳 ・ 破傷風 ・ ジフテリア) | 未 ・ I - ① ・ ② ・ ③ ・ 追加 ・ II期 |
| 7. 不活化ポリオ | 未 ・ I - ① ・ ② ・ ③ ・ 追加 |
| 8. ポリオ(生ワクチン) | 未 ・ I期 ・ II期 |
| 9. BCG | 未 ・ 済 |
| 10. 麻疹 ・ 風疹(MR) | 未 ・ I期 ・ II期 ・ かかった(麻疹 ・ 風疹) |
| 11. 水痘 | 未 ・ I期 ・ II期 ・ かかった |
| 12. 流行性耳下腺炎(おたふく) | 未 ・ I期 ・ II期 ・ かかった |
| 13. 日本脳炎 | 未 ・ I - ① ・ ② ・ 追加 |
| 14. ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん) | 未 ・ ① ・ ② ・ ③ |
| 15. インフルエンザ(今年 ・ 昨年 ・ 一昨年 ・ それ以前) → 接種後気になる事象(あり ・ なし) | |
| 16. 新型コロナウイルス | 未 ・ ① ・ ② ・ ③ |
| 17. その他 | |

31 ご本人が生まれたとき、どちらに住んでいましたか。

[] 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 [] 市 ・ 区 ・ 町 ・ 村

32 その後引っ越しをしましたか。

年 または、 歳 どこで

 年 または、 歳 どこで

【家族歴】

33 ご家族について教えてください。

・現在、同居している人に☑をつけ、詳細をご記入ください。

父 母 継父 継母 兄弟・姉妹()人
祖父(○を→父方・母方) 祖母(○を→父方・母方) その他:.....

・現在、同居されている方はご本人を含めて合計で何人ですか。()人

・父 氏名: ()歳 職業: 同居・別居(含、単身赴任)・離婚・行方不明

 最終学歴: 中学・高校・高専・大学・その他 持病:

・母 氏名: ()歳 職業: 同居・別居(含、単身赴任)・離婚・行方不明

 最終学歴: 中学・高校・高専・大学・その他 持病:

・兄弟・姉妹 [ご本人は 人兄弟・姉妹の 番目]

| お名前 | 年齢 性別 | 職業 または 学校 | 健康状態 |
|-----|-------------|-----------------------|--|
| 1. | ()歳 男・女 | 幼保・小・中・高・大 社会人・その他 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中(病名) |
| 2. | ()歳 男・女 | 幼保・小・中・高・大 社会人・その他 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中(病名) |
| 3. | ()歳 男・女 | 幼保・小・中・高・大 社会人・その他 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中(病名) |
| 4. | ()歳 男・女 | 幼保・小・中・高・大 社会人・その他 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中(病名) |

34 ご家族・ご親戚で以下の症状のある方、あるいはあった方はいますか。(☑をつけ、お子さんとの続柄を記載)

- 熱性けいれん(続柄:) てんかん(続柄:)
- 頭痛(続柄:) 発達の遅れ(続柄:)
- 突然死(続柄:) 身体障害(続柄:)
- 不整脈(続柄:) 視覚・聴覚障害(続柄:)
- 注意欠如・多動症(ADHD)(続柄:) こども時代に非行に走った(続柄:)
- こども時代にひどく反抗的で攻撃的だった(続柄:)
- こども時代に虐待を受けた(続柄:) こども時代に不登校(続柄:)
- 青年期以降に「ひきこもり」だった(続柄:) 知的障害(続柄:)
- 自閉症スペクトラム症(ASD)(続柄:) 精神疾患(続柄:)
- 持続性チック症やトゥレット症候群(続柄:)
- 自殺をした、自殺をしようとした(続柄:) 依存症(続柄:)
- 成人してから犯罪に関わった(続柄:)
- 成人してから、よく人に対して暴力を振るうようになった(続柄:)
- その他:

35 ご家族で精神科や神経科への通院歴・入院歴のある方はいますか。内服されている薬がある場合はご記入ください。

36 その他、医師にご家族のことについて知らせておきたいことがありましたらご記入ください。