

問診票 (管外広域利用申込用)	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 月 日 歳 月 日)
	児童氏名					
1. 妊娠中の疾病 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 羊水過多症 <input type="checkbox"/> その他 ()						
2. 分娩について <input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡						
3. 出生について 在胎週数 (週) 体重 (g) 身長 (cm) 頭囲 (cm) 胸囲 (cm) 産院名 () ※下記にあてはまる項目はありましたか。 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 保育器に入った (日間) <input type="checkbox"/> 強い黄疸があった → <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 母乳栄養中止 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他 ()						
4. 1日の生活リズムについて 食事 (ミルク・母乳・おやつ含め)・遊び・お昼寝等の時間を記入してください 起床 朝食 昼食 夕食 就寝 時間 (時) () (時) (時) (時)						
5. 食事について (1) 内容 <input type="checkbox"/> 母乳 } 回数 (回) <input type="checkbox"/> ミルク } 1回量 (ml) <input type="checkbox"/> 混合栄養 } <input type="checkbox"/> 離乳食 回数 (回) 形状 () <input type="checkbox"/> 幼児食 回数 (回)						
(2) 食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが、手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人で食べる → 【 <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ】						
(3) 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (原因食品) (症状) エピペンの処方がありますか <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある 緊急時服用薬の処方がありますか <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある						
(4) 宗教上等により、食べることができない食物はありますか。 <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある (対象食品)						
(5) 家族の中でアレルギーを持っている方はいますか <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> いる (誰が) (原因)						
6. 着替えについて <input type="checkbox"/> 1人でできない <input type="checkbox"/> 自分で着替えようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人でできる → 【 <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> ボタンかけ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 靴下 】						
7. 排泄について <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> オマル → 尿意は <input type="checkbox"/> わかる・ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> トイレでできる → <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる・ <input type="checkbox"/> 1人でできる						

8. 今までに病気にかかって、入院したことはありますか。
□ない・□ある 病名 [] 治療状況 []

9. 睡眠時などに、無呼吸や呼吸が不規則になったことはありますか。 □ない・□ある

10. 現在治療中または定期的に診ている病気はありますか。
□ない・□ある 病名 [] 治療状況 []

11. かかりやすい病気等がありますか。 □ない・□ある [病名 治療状況]
(1) 熱性けいれんをおこしたことはありますか □ない・□ある [いつ 何回]
けいれんを予防するための座薬の処方がありますか □ない・□ある 薬品名 []
(2) 脱臼をしたことがありますか □ない・□ある [いつ 何回 部位]

12. これまでの健診結果はどうでしたか。 *平熱を教えてください [°C]
1ヶ月健診 □受けていない・□受けた → □心配なし・□医師からの助言内容 ()
3~6ヶ月健診 □受けていない・□受けた → □心配なし・□医師からの助言内容 ()
9~11か月健診 □受けていない・□受けた → □心配なし・□医師からの助言内容 ()
1歳6か月児健診 □受けていない・□受けた → □心配なし・□医師からの助言内容 ()
3歳6か月児健診 □受けていない・□受けた → □心配なし・□医師からの助言内容 ()
※健診後に、医師等から助言を受け経過観察となっていることはありますか。 □ない・□ある ()

13. 運動発達の経過について教えてください。
首すわり (か月) ・ 寝返り (か月) ・ おすわり (か月)
はいはい (か月) ・ つたいあるき (か月) ・ 歩き始め (か月)

14. ことばや理解の発達について教えてください * () の時期は発達のめやすであり、個人差があります
□人に向かっておしゃべりをしようとする (4~10か月頃)
□なにか欲しいものがあるとき、指をさして要求する (11~1歳3か月頃)
□「ママ」「ワンワン」等意味のある単語を2語以上話す (1歳~1歳4か月頃)
□「~どれ？」と質問すると、指さしをして教えてくれる (1歳3か月~1歳9か月頃)
□「〇〇ちょうだい」とことばだけで聞いて、もってくる (1~1歳6か月頃)
□「ワンワン、きた」など2つつなげたことばを話す (1歳6か月~2歳6か月頃)
□身近なおもちゃを使って簡単なごっこ遊び(電車ごっこ等)をする (2~2歳6か月頃)
□同年齢の子どもと簡単な会話ができる (3歳頃)
□名前や年齢を尋ねられると答えられる (3歳頃)

15. お子さんの成長や発達の面で心配なことはありますか。
□発音がはっきりしないことが多くある □話しはじめの音やことばを繰り返すことが多くある(吃音)
□聞こえが心配なことがある □思いどおりにならないと長時間パニックとなることがある
□おちつきがないと感じることがある □他の人をかんだり、たたいたりすることがある
その他 ()

16. 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか。 □ない・□ある→□身体障害者手帳・□療育手帳

17. 児童発達支援機関を利用していますか。 □ない・□ある→ [施設名や内容]

18. 保育園で注意してほしいことや伝えておきたいことはありますか。

【電話確認内容・特記事項】 確認日 年 月 日 確認者