



島田療育センター質問用紙

【受付：☑外来 ☐セブクローバー】

記入日：20 年 月 日

記入者：

ふりがな：			
お子さんのお名前：			
生年月日：	20	年	月 日 (歳 カ月) 男 ・ 女
現住所：			
電話番号	自宅	携帯	(続柄)

① ご相談事項についてお聞きします

1、現在、一番お困りの事は何ですか？ご相談されたい事は何ですか？

2、今回、ご利用される目的は何ですか？ ○で囲んでください

医科受診 歯科受診 訓練希望 セブクローバー利用 緊急一時保護登録 検査 薬の処方
その他 ()

3、当センターをどちらでお知りになりましたか？（複数可）

機関名：

担当者もしくは紹介者：

4、現在お子さんが通っている教育機関を教えてください（幼稚園、保育園、学校、相談機関など）

機関名	開始年月	曜日、回数など	内 容
	年 月～		
	年 月～		
	年 月～		

5、アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

はいとお答えの方→薬剤() 食物()
絆創膏・消毒薬・ゴムアレルギー・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・金属アレルギー
その他 ()

6、現在飲んでいるお薬はありますか？（はい・いいえ）

はいとお答えの方→

② お子さんの妊娠中・出産時のご様子について教えてください

1、妊娠中にお母様に何か異常がありましたか？（ はい ・ いいえ ）

はいとお答えの方→切迫流産・性器出血・悪阻・蛋白尿・高血圧・むくみ・前置胎盤・胎盤機能不全・頸管無力症・羊水過多・羊水過少・子宮筋腫・貧血・発熱・発疹・服薬・放射線照射・外傷
その他：（ ）

・異常があったのは妊娠中のいつ頃でしたか？（ ）

・何か治療は受けられましたか？（ ）

2、胎動を感じたのは何ヵ月頃でしたか？強さはいかがでしたか？（ ）ヵ月頃 強い・ふつう・弱い

3、お子さんを出産なさった病院名（ ）

出産時のご両親の年齢は お母様（ ）歳 お父様（ ）歳

4、在胎（ ）週（ カ月）

体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm

5、出産時に何かトラブルがありましたか？（ はい ・ いいえ ）

臍帯巻絡・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開・前早期破水・微弱陣痛・仮死・骨盤位

③ 生まれてからのお子さんの状態についてお答えください

1 生まれた直後のお子さんの様子について

すぐ泣きましたか？（はい・いいえ）

黄疸は？（弱い・普通・強い 光線療法は？ 交換輸血は？ ）

お乳を飲む力は？（普通・弱い）

栄養は？（母乳・ミルク・混合）

泣き声は？（普通・弱い）

生まれて何日目まで家に帰ってきましたか？（生後 日目）

予定より退院が遅れましたか？（ はい ・ いいえ ） はいとお答えの方以下理由を教えてください

チアノーゼ・無呼吸発作・けいれん・嘔吐・体温異常・保育器（ 日間）・酸素投与・経管栄養

その他（ ）

2、現在のお子さんの状態についてお答え下さい

1）運動（普通に歩く（運動障害なし）・どうにか歩ける・歩けない・座れる・座れない）

2）食事（ひとりで食べる・一部介助必要・全介助）

3）排泄（ひとりでできる・一部介助必要・全介助）

4）発語（問題なし・喃語・単語・二語文・三語文・表現自由）

5）発音（鮮明・不鮮明）

6）理解（問題なし・自分の名前・おいで・ねんね・たち・命令・禁止・物の名・絵の理解）

3、以下の事柄ができるようになったのはいつ頃ですか？

あやすと笑う（ ）眼で物を追う（ ）首のすわり（ ）

寝返り（ ）ガラガラをもつ（ ）人見知り（ ）

ひとりで座る（ ）ハイハイ（ ）つかまり立ち（ ）

ひとりで歩く（ ）利き手（右・左）喃語を話す（ ）

単語を話す（ ）二語文を話す（ ）助詞を使う（ ）

4、今までに受けた予防接種を教えてください

B型肝炎（1・2・3回）、ヒブ（1・2・3・4回）、肺炎球菌（1・2・3・4回）、
四（三）種混合（1・2・3・4回、二種混合）、BCG、ロタウイルス（1・2・3回）、ポリオ（1・2回）、
MR（麻疹と風疹、1・2回）、水痘（水ぼうそう 1・2回）、日本脳炎（1・2・3・4回）、
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、1・2回）、インフルエンザ、
その他（ ）

熱性けいれん（回数： 回）、百日咳、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、水ぼうそう
突発性発疹、肺炎、喘息、脳炎、髄膜炎、頭部外傷、アトピー性皮膚炎
てんかん（治療薬： ）

はいとお答えの方→記入をお願いします。現在も継続中の場合は☑をお願いします。

治療の内容	病院名	担当科	担当医名	
(例) てんかんの治療	(例) ○△病院	(例) 小児科	山本先生	<input checked="" type="checkbox"/> 継続中
				<input type="checkbox"/> 継続中
				<input type="checkbox"/> 継続中
				<input type="checkbox"/> 継続中

はいとお答えの方→記入をお願いします。現在も継続中の場合は☑をお願いします。

訓練の内容	病院・施設名	開始時期	
(例) PT 訓練	(例) ○△病院	(例) 3 歳 4 力月	<input checked="" type="checkbox"/> 継続中
			<input type="checkbox"/> 継続中
			<input type="checkbox"/> 継続中
			<input type="checkbox"/> 継続中

1) 入院したことはありますか？（はい・いいえ）

はいとお答えの方→何で入院しましたか？（複数回答可能）

2) 手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

はいとお答えの方→何の手術をしましたか

3) 輸血を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

はいとお答えの方→いつ受けましたか？

4) 血が止まりにくかったり，止まらなかったことはありますか？（はい・いいえ）

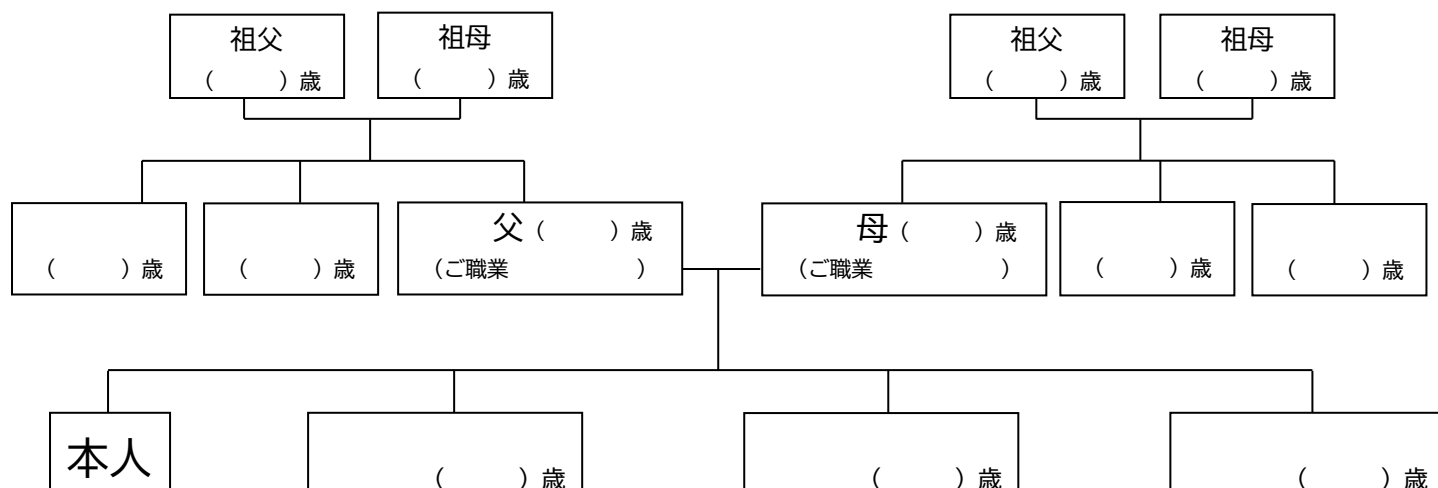
④ お子さんのご家族（祖父母・ご両親・兄弟・姉妹）についてお聞きします

1、ご両親は親戚同士（血族結婚）ですか？（ はい ・ いいえ ）

2、自然流産または人工妊娠中絶がありましたか？（ はい ・ いいえ ）

3、ご家族の年齢を下の（ ）内にご記入ください。□枠の中には続柄（兄・姉など）をご記入ください。亡くなられている方についてはその年齢と死因をご記入ください

4、同居されているご家族を、線を引いて囲って下さい



⑤ 歯科に関する問診です

1、歯科治療に関して

- 1) 今までに歯科治療を受けたことはありますか？（はい・いいえ）
- 2) 局所麻酔の注射をしたことはありますか？（はい・いいえ）
- 3) 歯科治療の時、気分が悪くなったり、気を失ったりしたことはありますか。？（はい・いいえ）
- 4) 歯を抜いたことはありますか。？（はい・いいえ）
- 5) 歯科治療を怖がりますか。？（はい・いいえ）
- 6) 歯科治療や手術で全身麻酔をしたことはありますか？（はい・いいえ）
- 7) 歯ブラシは一日何回しますか？ ○で囲んでください。

朝（食前 食後） 昼（食前 食後） 夜（食前 食後） 寝る前

2、次の中で、今までにかかったことがある病気はありますか？

循環器系：高血圧症，心疾患，心筋梗塞，狭心症，冠疾患，川崎病，その他

呼吸器系：喘息，肺結核，慢性閉塞性肺疾患，肺炎，その他

神経系：中枢神経障害，末梢神経障害，四肢麻痺，その他

肝疾患：肝硬変，ウイルス性肝炎（A・B・C・型不明），その他

腎疾患：腎不全（血液透析・腹膜透析），腎炎，ネフローゼ症候群，その他

筋疾患：重症筋無力症，悪性高熱症，進行性筋萎縮性疾患，その他

内分泌疾患：糖尿病，甲状腺機能亢進症，副腎皮質機能不全，その他

血液疾患：貧血，血小板減少症，止血・凝固障害，特殊な血液型，その他

精神疾患：神経症，統合失調症，自律神経失調症，うつ病，パニック障害，その他

その他の疾患：視力障害，聴力障害，リウマチ，エイズ，その他