



島田療育センター質問用紙

【受付：□外来 □セブンクローバー】

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 セブンクローバー利用 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()

糸創膏・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（）ヵ月

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）

臍帯巻絆・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下さい

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・たっち・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） 哺語を話す（）

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（）

5、今までかかった事のある病気を教えてください

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： ）

6、当院以外の病院に通院したことがありますか？（はい・いいえ）

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

継続中

継続中

継続中

継続中

7、今まで訓練などを受けたことがありますか？（はい・いいえ）

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ヶ月

継続中

継続中

継続中

継続中

8、入院・手術などについて

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、止まらなかつたことはありますか？（はい・いいえ）

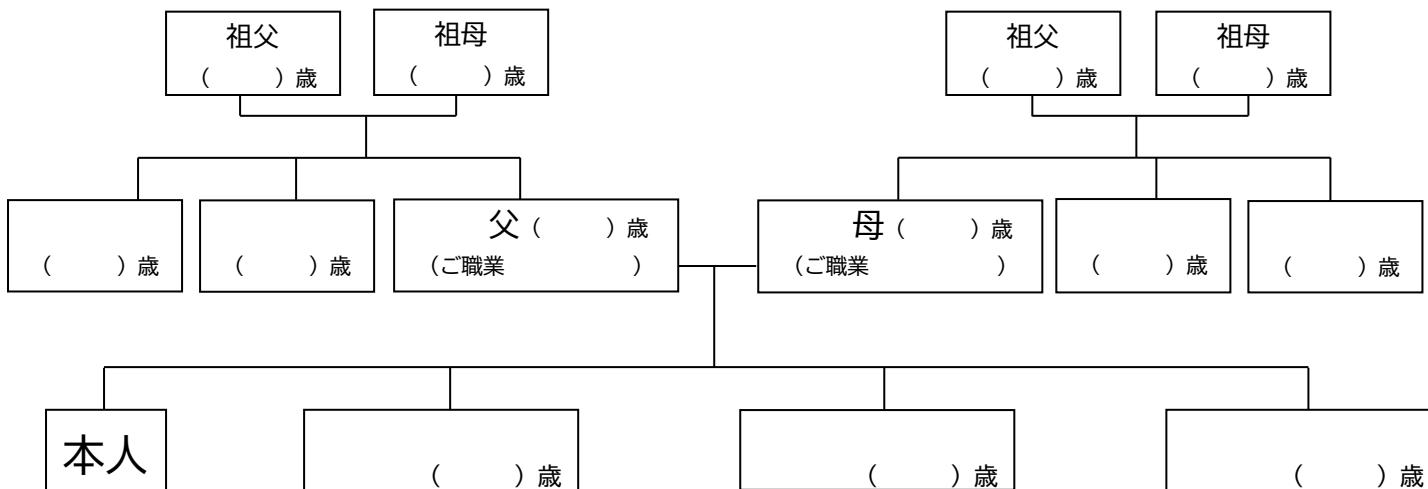
④ お子さんのご家族（祖父母・ご両親・兄弟・姉妹）についてお聞きします

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、気を失つ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