



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（ ）ヵ月 予定日より（ ）日早い・遅い（予定日 ）

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） 哑語を話す（ ）

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。□枠の中には継柄（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

祖父（ ）歳

祖母（ ）歳

祖父（ ）歳

祖母（ ）歳

（ ）歳 （ ）歳 （ ）歳 （ ）歳 （ ）歳 （ ）歳 （ ）歳 （ ）歳

□

□

□

父

母

□

□

□

本人

（ ）歳

（ ）歳

（ ）歳

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？〇で囲んでください。

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