

受診申込書

記入年月日 年 月 日

*この申込書は診察の基礎となるものですので、正確に、はっきりとご記入下さい。

記入者				続柄			
ふりがな ご本人				男・女		生年月日 H・R 年 月 日生まれ 歳	
住所 〒 市				TEL : () FAX : () 緊急連絡先（携帯など）：			
所属（学校・施設など）				かかりつけ医 診断名			
家族構成	氏名		続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	備考
父親：最終学歴（ ）出身地（ 県 市） 母親：最終学歴（ ）出身地（ 県 市）							
相談したい内容							
備考							

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため
マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。＊医療情報・システム基盤整備体制充実加算を加算させて頂いています。

アンケート No.1 (幼児用)

周産期	◎妊娠中の身体状況についてお聞きます			
	蛋白尿	ない・ある（　　か月）	切迫流産	ない・ある（　　か月）
	むくみ	ない・ある（　　か月）	切迫早産	ない・ある（　　か月）
	高血圧	ない・ある（　　か月）	ひどいつわり	ない・ある（　　か月）
	その他　ない・ある（「ある」の場合その内容：　　）			
周産期	◎出生時のことについてお聞きます			
	在胎	週	出生体重	g
	仮死	ない・ある（その程度：　　）		
	保育器の使用	ない・ある（期間：　　）	哺乳の異常	ない・ある
	重度の黄疸	ない・ある（治療：　　）	吸乳力	強い・普通・弱い
	その他の出生時の異常　ない・ある（その内容：　　）			
乳児期	◎0歳～1歳になるまでの発達についてお聞きます			
	首のすわり	か月	おすわり	か月　　はいはい　　か月
	歩きはじめ	か月	意味のある言葉	か月（その内容：　　）
	▼1歳になる前のお子さんの様子について当てはまるものに○をつけてください			
	・人のいる方向に顔を向けなかった		・人との関わりを嫌がり、ひとりの方が機嫌がよかった	
	・母を視線で追わなかった		・抱きににくく、抱かれにくい子だった	
	・あやしても喜ばなかった		・ばいばい、もしもなどの真似が少なかった	
	・母の顔を見ても笑顔を見せなかった		・おもちゃへの興味が少なかった	
	・人見知りをしなかった		・睡眠が不規則だった	
	・人見知りが激しかった		・かんの強い子だった	
・音がしても知らんぷりをしていた		・発声（「あー」「うー」など）が少なかった		
・おとなしくて手がかからない子だった		・その他（　　）		
乳幼児健診	1歳6か月健診 （場所：　　）	内容（結果・医師、保健師等から指導を受けたことなど）		
	3歳児健診 （場所：　　）	内容（結果・医師、保健師等から指導を受けたことなど）		
	その他健診・相談等 （場所：　　）	内容（結果・医師、保健師等から指導を受けたことなど）		
幼児期	◎幼児期（1歳半～6歳ころ）の様子（主に対人関係面）についてお聞きます			
	・親から平気で離れた		ない・ある（　　歳頃）	
	・よく迷子になった（なりそうだった）		ない・ある（　　歳頃）	
	・目が合わなかった		ない・ある（　　歳頃）	
	・名前を呼んでも反応しない		ない・ある（　　歳頃）	
	・言葉が遅い、増えにくいと思った		ない・ある（　　歳頃）	
	・会話がうまく出来ない（聞かれたことに答えることなど）		ない・ある（　　歳頃）	

アンケート No.2 (幼児用)

[illegible]

アンケート No.3 (幼児用)

相談歴	相談機関名 (保健センター・療育機関等)	相談期間		相談内容																					
		年 月 ～ 年 月																							
		年 月 ～ 年 月																							
通院歴	医療機関名	通院期間		内容																					
		年 月 ～ 年 月																							
		年 月 ～ 年 月																							
診断	発達障害の診断	診断名	診断時期	診断機関	診断医																				
			年 月頃																						
服薬	現在何か飲まれているお薬はありますか？ なし ・ あり																								
	薬名 ()		症状 ()																						
	薬名 ()		症状 ()																						
	禁忌薬 なし ・ あり		薬名 ()																						
アレルギー なし ・ あり 内容 ()																									
以下については、お答えできる範囲でご記入ください。 家族など身近な方で下記の病気・障害の方はありますか？ <table border="0"> <tr> <td>精神遅滞</td> <td>(ない ・ ある)</td> <td>先天性盲</td> <td>(ない ・ ある)</td> </tr> <tr> <td>自閉スペクトラム症</td> <td>(ない ・ ある)</td> <td>先生性聾</td> <td>(ない ・ ある)</td> </tr> <tr> <td>言葉の遅れ</td> <td>(ない ・ ある)</td> <td>精神疾患</td> <td>(ない ・ ある)</td> </tr> <tr> <td>てんかん</td> <td>(ない ・ ある)</td> <td>神経疾患</td> <td>(ない ・ ある)</td> </tr> <tr> <td>脳性麻痺</td> <td>(ない ・ ある)</td> <td>反社会性</td> <td>(ない ・ ある)</td> </tr> </table>						精神遅滞	(ない ・ ある)	先天性盲	(ない ・ ある)	自閉スペクトラム症	(ない ・ ある)	先生性聾	(ない ・ ある)	言葉の遅れ	(ない ・ ある)	精神疾患	(ない ・ ある)	てんかん	(ない ・ ある)	神経疾患	(ない ・ ある)	脳性麻痺	(ない ・ ある)	反社会性	(ない ・ ある)
精神遅滞	(ない ・ ある)	先天性盲	(ない ・ ある)																						
自閉スペクトラム症	(ない ・ ある)	先生性聾	(ない ・ ある)																						
言葉の遅れ	(ない ・ ある)	精神疾患	(ない ・ ある)																						
てんかん	(ない ・ ある)	神経疾患	(ない ・ ある)																						
脳性麻痺	(ない ・ ある)	反社会性	(ない ・ ある)																						

※ ここで知り得た情報は、当院での診療・支援以外の目的で使用することはありません。ご協力ありがとうございました。

