

# 『 ころと発達の外来 』 問診票

記入日 年 月 日

患者本人	ふりがな	生年月日	身長	cm	
	氏名	男・女			年月日(歳)
	電話番号 ( ) -			体温	℃
	所属機関	保育園・幼稚園 ( 組)	小学校・中学校(普通級/支援級)	高校	

① 現在気になっている行動に○を付けてください

- |                                      |                                  |   |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 落ち着きがない     | <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い  | <input type="checkbox"/> 片付けや整理整頓ができない  |
| <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い | <input type="checkbox"/> おねしょがある | <input type="checkbox"/> いじめられたことがある    |
| <input type="checkbox"/> 学校に行きたがらない  | <input type="checkbox"/> 朝起きられない | <input type="checkbox"/> 食べられない(体重が減った) |

② 療育手帳 or 受給者証を持っていますか？

- ある  ない

・受給者証 ・療育手帳A/B(療育の利用回数=月 回)

「えみふるふあいる」を持っていますか？(※岩見沢市に在住の方のみ)

- ある  ない



③ 睡眠時間はどのくらいですか？

寝る時間 \_\_\_\_\_ 時くらい ~ 起きる時間 \_\_\_\_\_ 時くらい

家族構成	続柄	名前	年齢(学年)	学校・職業	同居or別居	既往歴(持病など)
	父					
母						

在胎 週 日(出生体重 g、(正常分娩/帝王切開/吸引分娩/その他 )

新生児仮死 臍帯巻絡 保育器 輸血 黄疸

乳児期	<input type="checkbox"/> 夜泣きがひどかった	<input type="checkbox"/> 体重がなかなか増えなかった
	<input type="checkbox"/> 喃語が遅かった	
幼児期	<input type="checkbox"/> 首すわりが悪かった	<input type="checkbox"/> 人見知りが強かった <input type="checkbox"/> ひとり立ち、ひとり歩きが遅かった
	<input type="checkbox"/> ハイハイが遅かった	<input type="checkbox"/> 離乳食を食べようとしなかった
	<input type="checkbox"/> 泣き出したら1時間以上止まらなかった	
1歳半、3歳児健診	<input type="checkbox"/> おむつが取れない	<input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> ことばが遅かった
	<input type="checkbox"/> トイレや着替えなど、自分のことが自分でできるようになるまでに時間がかかった <input type="checkbox"/> 歩き方に違和感がある	
就学前診断	<input type="checkbox"/> えんぴつの持ち方がおかしい	<input type="checkbox"/> じっと座ってられない <input type="checkbox"/> かんしゃくがひどい
	<input type="checkbox"/> 発達検査を受けるよう勧められた	



ふじねクリニックでは学校や保育園・幼稚園、その他関係機関との情報共有・連携を行うことがあります。必要があると判断した場合、情報共有・連携をしてもいいですか？

- はい  いいえ

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

- はい  
 いいえ

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お願い致します。