

初診問診票

初診をスムーズに行うために、わかる範囲で結構ですので、下記の質問にお答えください。

(歯科初診の方は①、②、④、⑤、⑥、⑫のみの記入で結構です)

記入者：母・父・その他 ()、記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	
生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日 (歳)

◆① 今回の当センター受診のご希望は何でしょうか。(当てはまる□にレ点)

- 内科主治医 歯科 耳鼻科 短期入所利用 衛生材料
 リハビリテーション (PT、OT、ST、心理) その他 ()

◆② 横浜医療福祉センター港南または横浜療育医療センターで既におかかりの科があれば教えてください。(当てはまる□にレ点)

- リハビリテーション (PT、 OT、 ST、 心理 担当者名)
 耳鼻科 歯科 その他 ()

◆③ 現在通われている教育機関、(卒業後の方は) 通所先を教えてください。

学校名/園名 () 学年 ()
通所先名 ()

◆④ これまで相談された医療機関(小児科/内科/児童精神科/発達クリニックなど)、専門機関(保健所・療育センターなど)はありますか? (現在主治医の医療機関に◎印)

機関名	期間	診断、内容	主治医

◆⑤ 現在の健康状態についてお伺いします。(当てはまるものに○)

睡眠:よい・悪い アレルギー:ない・ある ()
食欲:ない・ある 現在内服中の薬:ない・ある ()

◆⑥ これまでに経験した病気についてお伺いします。

大きな怪我や病気:ない・ある ()
けいれんやひきつけ、気を失ったこと:ない・ある ()
入院:ない・ある ()

◆⑦ 生まれた時のことについてお伺いします。

妊娠中・出産時の異常 ない・ある () ・わからない

在胎 () 週、出生体重 () g

◆⑧ 発達の様子についてお伺いします。

首が座る：() か月、 坐位：() か月、 一人で歩く：() 才 () か月

初めて言葉を話す：() 才 () か月

◆⑨ 予防接種歴について、わかる範囲でご記入ください。(当てはまる□にレ点)

接種済みの予防接種：□インフルエンザ菌 b 型 (回)、□肺炎球菌 (回)

□三種混合 (回)、□四種混合 (回)、□B型肝炎 (回)

□MR(麻疹風疹) (回)、□BCG、□経口ポリオ、□日本脳炎 (回)

□水痘(みずぼうそう) (回)、□流行性耳下腺炎(おたふく) (回)

◆⑩ 以下の感染症の罹患歴について、わかる範囲でご記入ください。(当てはまる□にレ点)

かかったことのある感染症：□水痘、□麻疹(はしか)、□流行性耳下腺炎、□結核

◆⑪ ご家族についてお伺いします。(同居のご家族には○をつけてください)

お名前	続柄	同居	生年月日	備考(職業、健康状態など)

精神科・心療内科・神経内科にかかれたことのあるご家族・ご親戚はいらっしゃいますか？
()

◆⑫ 当センターからの連絡先についてお伺いします。

順番	お名前	続柄	電話番号
1			
2			

◆⑬ お近くに育児や介護協力を得られる方はいますか？

いない・いる ()

◆⑭ 自宅から当センターまでの所要時間 () 分

◆⑮ 移動手段 (○をつけてください)

自家用車(運転をする方)、その他()

ご協力ありがとうございました。この問診票はカルテに保存させていただきます。

横浜医療福祉センター港南