

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。

記入者：母・父・その他（ ））、記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名			
生年月日	西暦	年（昭和・平成	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（ ） 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（ ） 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