

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	月	日 (満 歳)

◆①今回の受診の目的をお聞かせください。(当てはまる項目にレ点)

☐内科 主治医 ☐歯科 ☐耳鼻科 ☐短期入所 ☐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に、既におかかりの科があれば教えてください。(当てはまる項目にレ点)

☐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または通所先を教えてください。

学校名／園名() 学年()
通所先名()

◆④これまでに相談をされた医療機関(小児科／内科／児童精神科／発達クリニックなど)や

専門機関(保健所・区役所・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は◎印を)

機関名	期間	診断・内容など	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○)

*睡眠状況：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やケガについてお伺いします。

*大きな病気やケガ：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。

*妊娠中や出産時の異常:ない・ある()
 *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:()ヶ月 *坐位:()ヶ月 *一人で歩く:()歳()ヶ月
 *初めて言葉を話す:()歳()ヶ月

◆⑨予防接種歴について、わかる範囲でご記入ください。(接種済みの予防接種にレ点)

☐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感染症の罹患歴について、わかる範囲でご記入ください。(かかったことのある感染症にレ点)

☐水痘<みずぼうそう>()回 ☐流行性耳下腺炎<おたふく>()回

◆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・ご親族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(約)分)

◆⑮移動手段(当てはまるものにレ点)

☐自家用車(運転をされる方:)
☐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