 **島田療育センター質問用紙**

【受付：☑外来　□セブンクローバー】

記入日：20 　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記入者：

|  |
| --- |
| ふりがな：　お子さんのお名前：　　　 |
| 生年月日： 20 　年　　　月　　　日　（　　　歳　　ヵ月）　　男　・　女 |
| 現住所： |
| 電話番号　　自宅　　　　　　　　　　　　　　　　携帯　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　） |

1. ご相談事項についてお聞きします

１、現在、一番お困りの事は何ですか？ご相談されたい事は何ですか？

２、今回、ご利用される目的は何ですか？　○で囲んでください

　医科受診　歯科受診　訓練希望　セブンクローバー利用　緊急一時保護登録　検査　薬の処方

その他（　　　　　　　　　　　　）

３、当センターをどちらでお知りになりましたか？（複数可）

機関名：

担当者もしくは紹介者：

４、現在お子さんが通っている教育機関を教えてください（幼稚園、保育園、学校、相談機関など）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　機関名 | 　　　開始年月 | 　　曜日、回数など | 　　　内　容 |
|  | 　　　　年　　　月～ |  |  |
|  | 　　　　年　　　月～ |  |  |
|  | 　　　　年　　　月～ |  |  |

5、アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

**はい**とお答えの方→薬剤(　　　　　　　　　　　)　食物(　　　　　　　　　　　　　　)

絆創膏・消毒薬・ゴムアレルギー・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・金属アレルギー

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６、現在飲んでいるお薬はありますか？（はい・いいえ）

　**はい**とお答えの方→

1. お子さんの妊娠中・出産時のご様子について教えてください

１、妊娠中にお母様に何か異常がありましたか？　（　 はい　・　いいえ　）

　　**はい**とお答えの方→切迫流産・性器出血・悪阻・蛋白尿・高血圧・むくみ・前置胎盤・胎盤機能不全・頸管無力症・羊水過多・羊水過少・子宮筋腫・貧血・発熱・発疹・服薬・放射線照射・外傷

その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・異常があったのは妊娠中のいつ頃でしたか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・何か治療は受けられましたか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２、胎動を感じたのは何ヵ月頃でしたか？強さはいかがでしたか？（　　）ヵ月頃　強い・ふつう・弱い

３、お子さんを出産なさった病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

出産時のご両親の年齢は　　お母様（　　　　　）歳　　　お父様（　　　　　　）歳

４、在胎（　　　　）週（　　ヵ月）　　予定日より（　　　　）日早い・遅い（予定日　　　　　）

　体重　　　g　身長　　　cm　頭囲　　cm　　胸囲　　　cm

５、出産時に何かトラブルがありましたか？　（　 はい　・　いいえ　）

　　臍帯卷絡・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開・前早期破水・微弱陣痛・仮死・骨盤位

1. 生まれてからのお子さんの状態についてお答えください

１　生まれた直後のお子さんの様子について

　すぐ泣きましたか？（はい・いいえ）

　黄疸は？　　　　　（弱い・普通・強い　光線療法は？　　交換輸血は？　　）

　お乳を飲む力は？　（普通・弱い）

　栄養は？　　　　　（母乳・ミルク・混合）

　泣き声は？　　　　（普通・弱い）

　生まれて何日目で家に帰ってきましたか？（生後　　日目）

　予定より退院が遅れましたか？（　 はい　・　いいえ　）**はい**とお答えの方以下理由を教えて下さい

　チアノーゼ・無呼吸発作・けいれん・嘔吐・体温異常・保育器（　　日間）・酸素投与・経管栄養

　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２、現在のお子さんの状態についてお答え下さい

１）運動（普通に歩く（運動障害なし）・どうにか歩ける・歩けない・座れる・座れない）

２）食事（ひとりで食べる・一部介助必要・全介助）

３）排泄（ひとりでできる・一部介助必要・全介助）

４）発語（問題なし・喃語・単語・二語文・三語文・表現自由）

５）発音（鮮明・不鮮明）

６）理解（問題なし・自分の名前・おいで・ねんね・たっち・命令・禁止・物の名・絵の理解）

３、以下の事柄ができるようになったのはいつ頃ですか？

あやすと笑う（　　　　）眼で物を追う　（　　　　）首のすわり　（　　　　）

寝返り　　　（　　　　）ガラガラをもつ（　　　　）人見知り　　（　　　　）

ひとりで座る（　　　　）ハイハイ　　　（　　　　）つかまり立ち（　　　　）

ひとりで歩く（　　　　）利き手　　　　（右・左）　喃語を話す　（　　　　）

単語を話す　（　　　　）二語文を話す　（　　　　）助詞を使う　（　　　　）

４、今までに受けた予防接種を教えてください

B 型肝炎（1・2・3 回）、ヒブ（１・２・３・４回）、肺炎球菌（１・２・３・４回）、

四（三）種混合（１・２・３・４回、二種混合）、BCG、ロタウイルス（1・2・3 回）、ポリオ（1・2 回）、

MR（麻疹と風疹、1・2 回）、水痘（水ぼうそう 1・2 回）、日本脳炎（１・２・３・４回）、

流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、1・2 回）、インフルエンザ、

その他（　　　　　　　　　　）

５、今までかかった事のある病気を教えてください

　熱性けいれん（回数：　回）、百日咳、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、水ぼうそう

突発性発疹、肺炎、喘息、脳炎、髄膜炎、頭部外傷、アトピー性皮膚炎

てんかん（治療薬：　　　　　　　　　　）

６、当院以外の病院に通院したことがありますか？（はい・いいえ）

**はい**とお答えの方→記入をお願いします。現在も継続中の場合は☑をお願いします。

 　　治療の内容　　　　　　　　　　　病院名　　　　　　　　担当科　担当医名

　 （例）てんかんの治療　　　　　　（例）○△病院　　　　（例）小児科　山本先生　☑継続中

 　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □継続中

 　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □継続中

 　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □継続中

７、今まで訓練などを受けたことがありますか？（はい・いいえ）

**はい**とお答えの方→記入をお願いします。現在も継続中の場合は☑をお願いします。

　　　訓練の内容　　　　　　　病院・施設名　　　　　　開始時期

　 （例）PT訓練　　　　　（例）○△病院　　　　　（例）3歳4カ月　　　　　　 　☑継続中

 　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □継続中

 　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □継続中

 　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □継続中

８、入院・手術などに関して

1）入院したことはありますか？（はい・いいえ）

 **はい**とお答えの方→何で入院しましたか？（複数回答可能）

2）手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

 **はい**とお答えの方→何の手術をしましたか

３）輸血を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

 **はい**とお答えの方→いつ受けましましたか？

４）血が止まりにくかったり，止まらなかったことはありますか？（はい・いいえ）

1. お子さんのご家族（祖父母・ご両親・兄弟・姉妹）についてお聞きします

１、ご両親は親戚同士（血族結婚）ですか？（　 はい　・　いいえ　）

２、自然流産または人工妊娠中絶がありましたか？（　 はい　・　いいえ　）

３、 ご家族の年齢を下の（　　）内にご記入ください。□枠の中には続柄（兄・姉など）をご記入ください。亡くなられている方についてはその年齢と死因をご記入ください

祖父

（　　　）歳

祖母

（　　　）歳

祖父

（　　　）歳

祖母

（　　　）歳

（　　　）歳

　　母（　　　）歳

（ご職業　　　　　　）

（　　　）歳

（　　　）歳

　　父（　　　）歳

（ご職業　　　　　　）

（　　　）歳

（　　　）歳

（　　　）歳

（　　　）歳

本人

1. 歯科に関する問診です

 １、歯科治療に関して

 １）今までに歯科治療を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

 ２）局所麻酔の注射をしたことはありますか？（はい・いいえ）

 ３）歯科治療の時，気分が悪くなったり，気を失ったりしたことはありますか. ？（はい・いいえ）

 ４）歯を抜いたことはありますか. ？（はい・いいえ）

 ５）歯科治療を怖がりますか. ？（はい・いいえ）

 ６）歯科治療や手術で全身麻酔をしたことはありますか？（はい・いいえ）

 ７）歯ブラシは一日何回しますか？　○で囲んでください。

 朝（食前　食後）　　昼（食前　食後）　　夜（食前　食後）　　寝る前

２、次の中で，今までにかかったことがある病気はありますか？

循環器系：高血圧症，心疾患，心筋梗塞，狭心症，冠疾患，川崎病，その他

呼吸器系：喘息，肺結核，慢性閉塞性肺疾患，肺炎，その他

神経系：中枢神経障害，末梢神経障害，四肢麻痺，その他

肝疾患：肝硬変，ウイルス性肝炎（A・B・C・型不明），その他

腎疾患：腎不全（血液透析・腹膜透析），腎炎，ネフローゼ症候群，その他

筋疾患：重症筋無力症，悪性高熱症，進行性筋萎縮性疾患，その他

内分泌疾患：糖尿病，甲状腺機能亢進症，副腎皮質機能不全，その他

血液疾患：貧血，血小板減少症，止血・凝固障害，特殊な血液型，その他

精神疾患：神経症，統合失調症，自律神経失調症，うつ病，パニック障害，その他

その他の疾患：視力障害，聴力障害，リウマチ，エイズ，その他