

ふじこどものこころクリニック 初診時間診表 ver.3

以下の質問に具体的に詳しく正確にお答えください。

① ご住所 連絡先

住 所 :

電話番号:

② お子さんのお名前:(漢字)

(フリガナ)

記入者のお名前:

お子さんとの続柄(例、父、母、母方祖母など):

お子さんの生年月日と年齢:

学校名もしくは幼稚保育園名と学年:

(該当に○→) 普通級:特別支援教室(通級):特別支援学級(支援級、固定級)

お子さんの身長: センチ、体重 キロ、本日の体温 度

③ お困りごとや相談内容を教えて下さい。

このお困りごとでどこかに相談や受診をしたことがありますか?

(例:地元発達支援センター、児童相談所、○×クリニックへ?年から通った)

④ ご家族構成を教えてください。

父: 才 職業

母: 才 職業

兄弟姉妹(該当に○→) 無 有()

他の同居のご家族：

同居家族以外に子育てを支えてくれる人がいますか？ 無 有（誰ですか？ ）

家庭の中に暴力的な文化がありますか？（例：こどもを叩く、ける、怒鳴る） 無 有

⑤ 当院への希望はなんですか？（以下該当に○）

診断 検査 相談 治療 お薬（薬物療法）

⑥ 妊娠出産について教えてください（母子手帳を参考にどうぞ）。

妊娠中の母の様子（該当に○→）： 安定 不安定

父母の喫煙や飲酒：

妊娠（ ）週で生まれて、出生時体重は（ ）グラム、普通分娩？帝王切開？

お産の時にトラブル？ 無 有（具体的に ）

小さい時の栄養は？（該当に○→） 母乳 混合 ミルク

初めての言葉（単語、ママ、パパなど）はいつ出ましたか？（ ）オごろ

感覚過敏がありましたか？ 無 有（具体的に ）

⑦ その他の質問

お子さんの言葉がでたのはいつでしたか？（例：パパ、ママ）

お子さんが歩き始めたのはいつでしたか？

お子さんにアレルギーがありますか？ 無 有（具体的に下に記載）

現在、他の医療機関に通院していますか？（いるならば医療機関名、治療内容も下に記載）

お子さんが毎日飲んでいるお薬がありますか？ 無 有（具体的に下に記載）

生まれてから大きな病気（例：手術や入院）をしましたか？けいれんを起こしたことは？ 無 有

幼稚園や保育園での様子はいかがでしたか？ 良好 普通 下手（具体的に下に記載）

(小学生用質問)同級生との付き合い方はいかがですか？ 上手 普通 下手(具体的に下に記載)

学童や放課後デイケアを利用していますか？ 無 有

公的な支援を得ていますか？

(例：愛の手帳、子ども家庭支援センターや児童相談所の関与、生活保護)

無 有 ()

当院をどちらで知りましたか？勧められましたか？(該当に○)

発達支援センター？ホームページ？他医療機関 () からの紹介？

学校からの紹介？友人？その他 () ？

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ もっていない

ご回答ありがとうございました。

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をお願い致します。