

1) 今回ご相談したい内容について記入してください。
()

2) そのことは、いつ・どなたが気づかれましたか。
()

3) そのことについて、これまで他の施設で相談したり、他の病院を受診されたりしましたか。
診断名の告知がある場合もご記入ください。
()

4) 当院の受診で、希望されること・期待されることはどのようなことですか。
()

5) 現在までに診断、治療された病気はありますか。
なし あり (内容:)

6) アレルギーはありますか。
なし あり

※ありの方
それは何ですか? →

アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>	じんましん <input type="checkbox"/>	花粉症 <input type="checkbox"/>	気管支喘息 <input type="checkbox"/>
薬によるアレルギー <input type="checkbox"/>	(薬剤名:)		
食物アレルギー <input type="checkbox"/>	(食材名:)		

7) 現在内服している薬はありますか。
なし あり (内容:)
※お薬手帳があればご持参ください。

8) 現在まで療育 (療育センターや児童デイ) を利用したことがありますか。
なし あり (内容:)

9) 下記の中で現在までに申請取得している手当はありますか。
なし
療育手帳 (A・B1・B2) 特別児童扶養手当 障害児福祉手当
精神障害者福祉手帳 自立支援医療 障害年金 (級)

以下、お子さんの発育についてお聞きします。

10) 胎生期：お母さんの妊娠前・妊娠中の異常の有無について教えてください。
特になし 妊娠中の病気 妊娠中の内服
アルコールの常用 喫煙
その他 (内容:)

11) 新生児期：お子さんの出生時、出生後について教えてください。

在胎期間 () 週

分娩方法 自然 吸引 帝王切開

出生時 体重 () g 身長 () cm

頭囲 () cm 胸囲 () cm

新生児仮死 なし あり

新生児黄疸 なし あり

12) 乳児期・幼児期：お子さんの発達の様子についておしえてください。

首がすわる () ヶ月 おすわり () ヶ月 ハイハイ () ヶ月

つかまり立ち () ヶ月 一人で歩く () ヶ月 人見知りする () ヶ月

後追いをする () ヶ月 指さし () ヶ月 有意語 () ヶ月

二語文 () ヶ月

— 同世代との子どもとの遊び：

一緒に遊ぶ 一緒にいるが絡みが少ない 一人で遊ぶ

— 子どもの行動：

親の側にいつもいる 目が離せない 他の子に乱暴だった

— 感覚の過敏さ：

音に敏感 怖がる映像や場所がある 偏食
触れたり触れられたりすることを嫌がる その他 ()

— こだわり：

特定のおもちゃでばかり遊ぶ 変わったことへの関心 ()
その他 ()

— 乳幼児健診：

1 歳半健診での指摘 なし あり ()

3 歳児健診での指摘 なし あり ()

育児の上で困ったこと なし あり ()

幼稚園や保育所で指摘されたこと なし あり ()

13) 学童期以降：学校での様子、学業成績、同級生や家族との関係性など
気になったことがあればお書きください。