

ふりがな

受診者氏名 (男 女) 生年月日 年 月 日 生まれ

記入者氏名 () 、 受診者との続柄 ()

これは、ご家族の方にご記入いただき診療に役立つ為の重要なアンケートです。

時がたち、お忘れになったこともあるかとは思いますが、正しい治療や指導、相談の方針を立てるための大切な資料となるものであり、他の用途には使用いたしませんので、母子手帳などをご参照の上、おわかりになる範囲でできる限り正確にご記入いただけますよう、お願い申し上げます。

(1) 当センターを受診を希望される理由。

- ・お子様のどの様なところが気になっておられますか？
- ・どちらからか紹介されましたか？（紹介された方のみご記入下さい）
- ・当センターに何を希望しておられますか？（例：訓練、親子入園等）

(2) 受診者のご家族についてお伺いします。

<ご両親について>

お二人に血のつながりはありますか？（ご両親がいとこ、祖父母がいとこ等）

（はい、いいえ） 「はい」と答えられた方はどのようなつながりなのかお教えてください。

<ご兄弟について>本日受診されたお子様も含めて、全てのお子様のお名前、性別、生年月日、生まれた時の体重、歩き始めの時期、健康面での問題を年齢順にお書き下さい。

死亡されたお子さまがおられましたら、一緒にご記入下さい。

	お名前	(性別)	生年月日	出生体重	歩き始め	健康面
1		(男 女)		g	歳 ヶ月	
2		(男 女)		g	歳 ヶ月	
3		(男 女)		g	歳 ヶ月	
4		(男 女)		g	歳 ヶ月	
5		(男 女)		g	歳 ヶ月	

・中絶・流産・死産、をなさったことがおありですか？ (ない ある)

<お父様について> お名前 生年月日： 年 月 日

現在の健康状態：良好。問題あり（具体的に：)

今までにされた大きな病気 ()

お父様のご両親やご兄弟に以下の問題がある方がおられますか？ ○でお囲み下さい。

突然死、肝臓病、腎臓病、心臓病、糖尿病、アレルギー、特異体質、体が不自由
てんかん、けいれん発作、筋肉や神経の病気、その他 ()

<お母様について> お名前 生年月日： 年 月 日

現在の健康状態： 良好 ・ 問題あり（具体的に：)

今までにされた大きな病気 ()

現在長期にわたって内服されているお薬がおありですか？ (ない、ある)

お薬の名前：

次のようなご病気にかかれた事がおあり（又は現在かかっている）の場合、○でお囲み下さい。

高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・糖尿病・甲状腺病・ホルモン異常・けいれん・結核・
膠原病・アレルギー ()
その他 ()

それが、いつ頃のことかもお教え下さい

お母様のご両親やご兄弟に以下の問題がある方がおられますか？ ○でお困み下さい。

突然死、肝臓病、腎臓病、心臓病、糖尿病、アレルギー、特異体質、体が不自由
てんかん、けいれん発作、筋肉や神経の病気、その他 ()

(3) 今回受診されるお子様を妊娠されていた期間の様子

- ・つわりは (無かった、あった)
「あった」場合 (軽かった 普通 重かった) 期間は _____ ヶ月まで
- ・むくみは (無かった あった)
- ・蛋白尿は (無かった あった)
- ・高血圧は (無かった あった)
- ・糖尿は (無かった あった)
- ・流産しかけたことは (無かった あった)
「あった」場合は _____ ヶ月の時 (痛みだけ 出血だけ 痛みと出血)
- ・妊娠中に薬を飲んだことは (無かった あった)
「あった」場合は _____ ヶ月の時 _____ の薬
- ・妊娠中に注射を受けたことは (無かった あった)
「あった」場合は _____ ヶ月の時 _____ の注射
- ・妊娠中に入院・手術をされたことは (無かった あった)
「あった」場合は _____ ヶ月の時 _____ のために (入院・手術)
- ・妊娠中に次のようなことがありましたら、○をつけて下さい
発熱・かぜ・皮膚に発疹の出る病気・その他の病気 () ・転んだり、おなかを
ぶつけた・レントゲン写真を撮られた・貧血があると言われた。家で動物を飼っていた
お酒を飲んだ (少し たくさん) ・タバコを吸った (1日 _____ 本位)
- ・お子さまはおなかの中で良く動きましたか
(あまり動かなかった 普通 激しく動いた
_____ ヶ月目から動いた _____ ヶ月目からあまり動かなくなった)
- ・お母様のおなかの大きさや体重の増え方はどうでしたか
(あまり増えななかった 普通 とても増えた) 体重増加は約 _____ kg
- ・羊水が多い、または少ないといわれましたか
(言われたい 多い・少ないと言われた)
- ・双子 (3つ子以上) と言われましたか
(言われたい (双子、3つ子以上) と言われた)
- ・妊娠中にエコー(超音波)検査で、お子様に何か異常があると言われましたか
(言われたい _____ と言われた)

(4) 御出産の際の状況 (おわかりになる範囲で結構です)

- ・出産の時のお母様の年齢 _____ 歳
- ・出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
実際に出産した日時 : _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 (在胎 _____ 週 _____ 日)
- ・産科に入院されたのは : _____ 年 _____ 月 _____ 日
入院のきっかけは(予定入院・陣痛が始まった・破水・出血・その他 : _____)
- ・陣痛の前に破水がありましたか (無かった あった : _____ 時間前)
- ・陣痛は (普通 弱かった 強かった)
- ・陣痛をつける(強くする)薬を (使わなかった 使った)
「使った」場合は (のみ薬 注射 点滴) で使われた
- ・胎盤に異常はありましたか
(ない あった : 前置胎盤 早期剥離 小さい 大きい その他 : _____)
- ・お産はどうでしたか (重かった 普通 軽かった)
(急に生まれた 鉗子を使った 吸引された 帝王切開だった)
- ・帝王切開の場合、予定された手術でしたか？ 緊急に手術をすることになりましたか？
その理由は何でしたか
(骨盤が小さかった 前に帝王切開で出産した その他 : _____)
お母様の状態が悪かった : _____ の為
お子様の状態が悪かった : _____ の為

(7) 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 (ない ある)

「ある」場合、熱もありましたか (なかった あった _____℃位)

・どのようなひきつけ（けいれん）でしたか

いつ _____年 _____月 _____日 _____時頃

何をしているとき

どんな様子でしたか

どれ位続きましたか

治療は受けましたか (しなかった・坐薬を使った・点滴を受けた・止まらずに入院した・

他 _____)

(8) 高い熱の出る病気、嘔吐を繰り返す病気をしたことがありますか (ない・ある：生後 _____ヶ月頃)

その病気の後、発育の様子は変わりましたか (変わらない・変わった _____)

(9) アレルギーといわれたことがありますか？ (ない ある)

症状は：ショック・喘息・アトピー性皮膚炎・じんましん・発疹・鼻炎・結膜炎

その他 (_____)

原因がお解りでしたら○をつけて下さい：薬 (_____) ・卵・ダニ・ハウスダスト

他 (_____)

(10) 体格の変化

年月日 (月齢)	体重 Kg	身長 cm	頭囲 cm	胸囲 cm
年 月 日 ()ヶ月				
年 月 日 ()ヶ月				
年 月 日 ()ヶ月				
年 月 日 ()ヶ月				
年 月 日 ()ヶ月				

(11) 今までにおかかりになった病院。施設と、長く通院された場合はその期間もお書き下さい。

リハビリテーション施設・通園施設などもお書き下さい

年齢	病院・施設名	内容
妊娠中		
出産した場所		
未熟児センター		
歳 ヶ月		
歳 ヶ月		
歳 ヶ月		
歳 ヶ月		
歳 ヶ月		

現在お通いの病院・主治医の先生をお書き下さい

(12) これまでに受けられた予防接種に○をつけて下さい。

(罹)には、接種の有無にかかわらず、かかってしまわれた場合に○をつけて下さい。

Hib (1回, 2回, 3回, 4回) 小児肺炎球菌 (1回, 2回, 3回, 4回)

四種混合 (DPT-IPV) (1期1回, 1期2回, 1期3回, 1期追加) DT II期

B型肝炎 (1回, 2回, 3回) ロタウイルス (1回, 2回)

BCG 麻疹 (はしか) (罹)・風疹 (罹) (1回, 2回)

水痘 (水ぼうそう) (罹) (1回, 2回) ムンプス (おたふくかぜ) (罹) (1回, 2回)

日本脳炎 (1期1回, 1期2回, 1期追加, 2期)

HPV (1回, 2回, 3回) 23価肺炎球菌 (対象は2歳以上)

(13) 現在の生活の様子

- ・睡眠時間 _____ 時頃から _____ 時頃 (よく眠る・眠りは浅い・すぐにおきて困る)
ひるね : しない する
(する場合、だいたい _____ 時頃から _____ 時頃)
- ・食事はだいたいどのようなものを食べておられますか。
普通のごはん・お粥・離乳食(後期・中期・初期)・ミキサー食・ミルク (_____)
液体栄養食 (_____)
- ・お食事はどの程度自分で食べられますか？
全部一人で食べられる・手伝う必要がある・全く自分では食べられない
- ・食事は何を使って摂っておられますか
箸・フォーク・スプーン (金属・プラスチック・特別に作ったもの)・哺乳瓶・チューブ (_____)
- ・水分は何を使って摂っておられますか
普通のコップ・特別なコップ (_____)・スプーン・哺乳瓶・チューブ (_____)
- ・移動 問題ない・歩行できるが問題あり・伝い歩き・四つ這い・肘這い・いざり・寝返り・移動不可能
- ・おむつは使用しておられますか？
全く使用しない・夜のみ使用・一日中おむつが必要
- ・現在の生活の中で困っておられる事や、改善したいと思われていることがありましたら、以下にお書き下さい。

(14) 発達経過：表に挙げたことができるようになった年齢をお書き下さい。

	できるようになった	まだしない	よくわからない
腹這いで首を上げる	歳 ヶ月		
首がすわる	歳 ヶ月		
寝返りをする	歳 ヶ月		
手をつけば座ってられる	歳 ヶ月		
手を離して座ってられる	歳 ヶ月		
自分でお座りの姿勢になれる	歳 ヶ月		
お座りのまま前に進む	歳 ヶ月		
お腹をつけてハイハイする	歳 ヶ月		
手と膝をつけてハイハイする	歳 ヶ月		
支えてあげれば床に足をつく	歳 ヶ月		
ものにつかまって立ってられる	歳 ヶ月		
自分でつかまって立ちあがる	歳 ヶ月		
伝い歩きをする	歳 ヶ月		
手を離して立つ	歳 ヶ月		
2~3歩一人で歩く	歳 ヶ月		
ひとりで部屋の中を歩き回る	歳 ヶ月		
一人で外を歩く	歳 ヶ月		

	できるようになった	まだしない	よくわからない
ものを見つめる	歳 月		
ものを目で追う	歳 月		
目と目が合う	歳 月		
あやすと笑う	歳 月		
声を出して笑う	歳 月		
ものに手を伸ばす	歳 月		
家族と他人を区別する	歳 月		
人見知りをする	歳 月		
簡単な指示（「おいで」「ちょうだい」等）がわかる	歳 月		
言葉（単語）がでる	歳 月		
二語文が出る（「ごはん、たべる」等）	歳 月		
スプーン・フォークでご飯を食べる	歳 月		
おしっこを出る前に教える	歳 月		
うんちを出る前に教える	歳 月		

- (15) 家族の信仰上などの御理由によって治療上のご要望がありましたら、お書き下さい。
 要望がおありでも、今は伝える必要がない、と思われる場合は、記載されなくても結構です。

以上です。ご協力有り難うございました。