

心身障害児総合医療療育センター 小児科 初診アンケート

記入日： 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女
お子様のお名前		
生年月日	年 月 日	
記入者	母 ・ 父 ・ その他()	
疾患名		

1. お子様のご家族(ご両親・祖父母・兄弟・姉妹)について

①保護者について

	保護者	保護者
お名前		
年齢	歳	歳
健康状態	良好 ・ 問題あり	良好 ・ 問題あり
	具体的に：	具体的に：
長年に渡って内服している薬	ない ・ ある	ない ・ ある
	薬の名前：	薬の名前：

・ご両親に血のつながりがありますか？ いいえ ・ はい

⇒「はい」の場合どのような様なつながりか教えてください ()

②血縁者の方で、小児期に大きな病気にかかれた方や、現在ご病気の方、亡くなられている方がいらっしゃる場合は、その続柄と年齢・疾患名・死因をご記入ください。

続柄	年齢	疾病名・死因
	歳	
	歳	

③ごきょうだいについて

受診されるお子様も含めて、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ください。

死亡されたお子様がいる場合も一緒にご記入ください。

お名前	年齢	出生体重	歩き始め	健康面
	歳	g	歳 ヶ月	
	歳	g	歳 ヶ月	
	歳	g	歳 ヶ月	
	歳	g	歳 ヶ月	
	歳	g	歳 ヶ月	

・中絶・流産・死産をなさったことはありますか？ ない ・ ある

2. 受診されるお子さんの妊娠中のご様子について

①妊娠前のこと

・生殖医療での妊娠ですか？ いいえ ・ はい（人工授精・体外受精）

②妊娠中のこと

・つわりはありましたか？

いいえ ・ はい 軽かった ・ 普通 ・ 重かった (ヶ月まで)

・以下がみられた場合は☑をつけてください。

☐むくみ ☐蛋白尿 ☐高血圧 ☐糖尿

・妊娠中にお母様に何か異常がありましたか？ それは妊娠中のいつ頃でしたか？

いいえ・はい (具体的に: 時期:)

⇒何か治療は受けられましたか？()

・妊娠中に何か薬を飲んだり注射を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい

⇒「はい」の場合 (具体的な内容: 時期:)

・妊娠中に入院・手術をされたことはありますか？ いいえ ・ はい

⇒「はい」の場合 (具体的な内容: 時期:)

・妊娠中に以下のようなことがありましたか？

☐発熱 ☐風邪 ☐皮膚に発疹が出る病気 ☐その他の病気()

☐ 転んだ ☐ お腹をぶつけた ☐ レントゲンを撮った ☐ 貧血があると言われた

□家で動物を飼っていた □飲酒(少量・多量) □喫煙(1日 本位)

・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？

激しく動いた・普通・あまり動かなかった (ヶ月頃からあまり動かなくなった)

・お母様のお腹の大きさや体重の増え方はどうでしたか？

あまり増えなかった・普通・とても増えた 体重増加は約 kg

・妊娠中にエコー(超音波)検査で何か指摘されたことはありますか？

いいえ ・ はい (具体的に: 時期:)

3.ご出産のご様子について

①ご出産について

・出産時のお母様の年齢 歳

・出産予定日 年 月 日

・実際のご出産日 年 月 日 在胎 週 カ月

・産科への入院日 年 月 日

⇒きっかけ: 予定入院・陣痛開始・破水・出血・その他

・陣痛の強さ： 普通・弱かった・強かった

⇒陣痛をつける(強くする)薬: 使わなかった・使った

・胎盤の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()

・帝王切開の場合： 予定手術 ・ 緊急手術

(理由：)

・出産時に何かトラブルがありましたか？ いいえ ・ はい

⇒「はい」の場合

お母様が酸素を吸った ・ お母様の出血が多かった
 お子様の心音が弱く(遅く)なった ・ 羊水が多い ・ 羊水が少ない
 羊水が濁っている ・ 臍の緒が短い ・ 臍の緒が首などに絡まっている
 その他()

②お子様について

・生まれた時のお子様の体格

体重：____ g 身長：____ cm 胸囲：____ cm 頭位：____ cm

・出産時のお子様の姿勢(胎位)

普通 ・ 逆子 ・ その他()

・お子様の人数

1人だった ・ 双子だった ・ それ以上(子)

・生まれてからの様子

すぐに元気よく泣いた ・ すぐに泣いたが弱い声だった
 泣くまでに時間がかかった ・ 泣かなかった

・仮死状態といわれましたか？ 言われない ・ 言われた

⇒APGARスコア 1分____点 5分____点 10分____点

⇒具体的な処置： 酸素を使用した・人工呼吸をした・心臓マッサージをした

その他()

・黄疸 軽かった ・ 普通 ・ 強かった 治療： しなかった ・ 光線を当てた ・ 交換輸血

・入院中に以下のことがありましたか？

☐保育器(日間) ☐酸素(日間) ☐人工呼吸器(日間)
☐点滴 ☐鼻からチューブを入れた ☐チアノーゼ ☐発熱 ☐けいれんした
☐呼吸がおかしいと言われた ☐ミルクの飲みが悪かった ☐動きが少ないと言われた
☐泣いてばかりいた ☐あまり泣かなかった ☐その他()

・退院されたのはいつですか？

母： 年 月 日

お子様： 年 月 日(日間入院)

4.退院してからのお子様の様子について

- ・泣き声 普通 ・ 弱々しい ・ あまり泣かない ・ 泣いてばかりいる
- ・哺乳 母乳 ・ ミルク ・ 母乳・ミルク混合
- ・飲み方: 普通 ・ 吸いつく力がなかった ・ 飲む力が弱かった ・ 吸い方が下手だった
- ・以下のことがありましたら☑をつけてください。

- ☐ 反り返りやすい ☐ 手をいつも固く握っている ☐ 足が固い ☐ 体全体が固い
☐ 体が軟らかい ☐ 向き癖が強い ☐ 足が震える ☐ 足を突っ張らない
☐ 腹ばいを嫌がる ☐ ピクつきやすい ☐ 目つきがおかしい ☐ よく吐く
☐ 眠りが浅い ☐ 昼間も眠ってばかりいる ☐ 眠りが不規則
☐ 片側(□左□右)の(□手□足)の動きが悪い ☐ 片側(□左□右)にしか寝返りしない

- ・ひきつけ(けいれん)を起こしたことが ない ・ ある

⇒「ある」の場合 熱はありましたか？ あった ・ なかった
いつ: 年 月 日頃 °Cくらい

どのようなひきつけ(けいれん)でしたか？

具体的に:

治療は受けましたか？ しなかった ・ 座薬を使った ・ 点滴をした ・ 止まらずに入院した
その他:

- ・高熱の出る病気や嘔吐を繰り返す病気をしたことがありますか？

ない ・ ある いつ: 年 月 日頃

⇒「ある」の場合 その後発育の様子は変わりましたか？

変わらない ・ 変わった 具体的に:

- ・体格の変化

月齢	体重(g/kg)	身長(cm)	頭囲(cm)	胸囲(cm)
歳 ヶ月				
歳 ヶ月				
歳 ヶ月				
歳 ヶ月				

- ・今までにおかかりになった病院・施設と、利用されていた内容をご記入ください。

現在はおかかりになっていないリハビリテーション施設や通園施設もお書きください。

年齢	病院・施設名	内容
妊娠中		
出産した場所		
歳 ヶ月		
歳 ヶ月		

歳 月		
-----	--	--

・以下に罹患した経験がありますか？

☐麻疹(はしか) ☐風疹 ☐水痘(水ぼうそう) ☐ムンプス(おたふくかぜ)

5.現在の生活の様子について

・睡眠時間 時頃～ 時頃 よく眠る・眠りが浅い・すぐに起きて困る

・食事はどのようにしてとっていますか？

経管栄養・食事(全介助)・食事(一部介助)・食事(自分で食べる)・経管と食事の併用

食事の形態

ご飯:

おかず:

経管栄養の方は使用している栄養剤:

・水分は何を使ってとっていますか？ 経管栄養・コップ・ストローマグ・スプーン・哺乳瓶

・排泄 導尿・常時おむつ・夜間のみおむつ・トイレトレーニング中・おまる・トイレ

・主な移動手段 車いす・バギー・ベビーカー・電動車いす・歩行器・杖・独歩

・現在の生活でのお困りごとや改善したいことがあればご記載ください。

6.発達の経過について

できるようになった年齢をお書きください。

	出来るようになった	まだしない	わからない
腹這いで首を上げる	歳 月		
首がすわる	歳 月		
寝返りをする	歳 月		
手をつけば座ってられる	歳 月		
手を離して座ってられる	歳 月		
自分でお座りの姿勢になれる	歳 月		
お座りのまま前に進む	歳 月		
手と膝を床につけてハイハイする	歳 月		
支えてあげれば床に足をつく	歳 月		
ものにつかまって立ってられる	歳 月		
自分でつかまって立ちあがる	歳 月		
伝い歩きをする	歳 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		
ものを見つめる	歳 ヶ月		
ものを目で追う	歳 ヶ月		
目と目が合う	歳 ヶ月		
声を出して笑う	歳 ヶ月		
ものに手を伸ばす	歳 ヶ月		
家族と他人を区別する	歳 ヶ月		
人見知りをする	歳 ヶ月		
簡単な指示(おいで・ちょうだい等)がわかる	歳 ヶ月		
言葉(単語)がでる	歳 ヶ月		
二語文が出る(「ごはん、たべる」等)	歳 ヶ月		
スプーン・フォークでご飯を食べる	歳 ヶ月		
おしっこを出す前に教える	歳 ヶ月		
うんちを出す前に教える	歳 ヶ月		

沢山の質問にご回答ありがとうございました。

◆初診の際にお持ちいただきたいもの◆

- ・こちらのアンケート
- ・かかりつけ医療機関からの情報提供書
- ・検査の画像データ(CD-ROM)

・母子手帳
 ・お薬手帳
 (コピーを撮らせていただきます)