

小児外来リハビリ問診票

記入年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

【お子さんやご家族のこと】

ID _____

氏名：	生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）		
家族構成：			
現在通っている保育園や学校等：			学年：
健康面（該当項目にチェック） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー（ _____ ） <input type="checkbox"/> 吃音・どもり			
医療処置の有無： <input type="checkbox"/> あり（吸引・注射等） <input type="checkbox"/> なし		関節脱臼： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
現在リハビリを受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない			
リハビリ内容： <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 理学療法			
リハビリ場所はどこですか？			

【相談内容】

相談されたいことはなんですか？

ご希望があればチェックしてください

<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法希望	<input type="checkbox"/> 作業療法希望	<input type="checkbox"/> 理学療法希望
<input type="checkbox"/> 発達相談・発達検査希望	<input type="checkbox"/> 言語発達相談	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

【出生・生育歴】

出生週数： _____ w _____ d	出生病院：
出生時体重： _____ g	出生時異常： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
出生時異常有りの場合 病名（ _____ ） その他（ _____ ）	

【発達の様子】

首のすわり： _____ ヶ月	おすわり： _____ ヶ月	はいはい： _____ ヶ月
ひとり歩き： _____ ヶ月	人見知り： _____ ヶ月… なし・普通・ひどい	
指さし： _____ ヶ月	始語： _____ ヶ月	二語文： _____ ヶ月
要求の伝え方 <input type="checkbox"/> 人を引っ張っていく <input type="checkbox"/> 欲しいものを指さす <input type="checkbox"/> 身振り <input type="checkbox"/> ことば <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

【生活面の様子】

食事	<input type="checkbox"/> ひとりで可能	<input type="checkbox"/> 一部お手伝い	<input type="checkbox"/> すべてお手伝い
着替え	<input type="checkbox"/> ひとりで可能	<input type="checkbox"/> 一部お手伝い	<input type="checkbox"/> すべてお手伝い
トイレ	<input type="checkbox"/> ひとりで可能	<input type="checkbox"/> 一部お手伝い	<input type="checkbox"/> すべてお手伝い
感覚で気になることはありますか？			<input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 聴覚（聞こえ方）	<input type="checkbox"/> 触覚（触れること）	<input type="checkbox"/> 視覚（見え方）	
（ _____ ）			

【集団（保育園や学校）での様子】

加配あり

加配なし

<input type="checkbox"/> 声かけに反応しにくい	<input type="checkbox"/> 視線が合いにくい	<input type="checkbox"/> じっとしていない
<input type="checkbox"/> お友達に手がでる	<input type="checkbox"/> 他の子と同じ行動がとれない	<input type="checkbox"/> 一人遊びが多い
<input type="checkbox"/> 困ったときに助けを求められない		
<input type="checkbox"/> こだわりがある（例えば： ）		

【これまでの経緯】

<医療機関>

かかりつけの病院名：	担当医：
診断名：	内服薬：
これまでにに行った検査（いつ頃ですか？）	
<input type="checkbox"/> 脳波（ ） <input type="checkbox"/> 頭部MRI（ ）	

<相談機関>

例：児童相談所、地域療育センター

健康診断で何か問題を指摘されましたか？その内容についてご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 1歳6か月健診（ ）	<input type="checkbox"/> 3歳児健診（ ）
<input type="checkbox"/> 指摘されなかった	
他の相談機関に関わったことがありますか？	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
（はいの方は以下もお答えください）	
相談機関名：	
発達検査の有無：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
いつ頃（ ）	どんな検査（ ）

<療育機関>

例：児童発達支援センター

療育歴はありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
療育機関名（ ）	療育期間（ 歳～ 歳）

<リハビリ機関>

リハビリを受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
（ありの方は以下もお答えください）	
リハビリ内容：	<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 理学療法
リハビリ場所：	リハビリ期間（ ）頃まで

【利用されているサービス等】

障害者手帳をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない
療育手帳（愛護手帳等）をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない
児童デイサービスを利用されていますか？	<input type="checkbox"/> 利用なし
<input type="checkbox"/> 利用あり	どこですか？（ ） 頻度（ ）回/週

記載にご協力いただき、ありがとうございました。



だいでうクリニック

小児科 小児外来リハビリセンター