

記入者 () お子さんとの続柄：父・母・その他 ()

この問診票はお子様の診察をスムーズに行うために事前に可能な範囲でご記入いただけますと幸いです。

1. 受診されるのはどのような心配や問題のためですか？それはいつから始まりましたか？

2. 上記の心配や問題について、これまでに相談機関や医療機関に相談をしたことはありましたか？

年齢	どこで	そこでなんといわれましたか？ 助言や診断、治療など 投薬治療がある場合、薬剤名

3. 現在のお子さんの支援についてお聞きします

療育やリハビリの利用 あり・なし
(例：集団療育月1回回)

手帳の有無 あり・なし
(例：療育手帳)

4. お母さまがお子さんを妊娠中のことについて教えてください

不妊治療 () 切迫早産 妊娠高血圧症候群 妊娠中の病気 ()
妊娠中の薬物治療 アルコール常用 喫煙 その他 ()

5. お子さんの出生時のことについて教えてください

分娩場所 ()
在胎 () 週 () 日 出生体重 () g 身長 () cm
分娩様式：経膈分娩・帝王切開
分娩時や分娩後の異常 有・無
(例：胎児心拍低下、黄疸治療、酸素投与など)
聴力検査の有無 有・無

