

<センター使用欄>

受診予約日： 年 月 日 () 時 分

問診受領日： 年 月 日 () 受付担当：

主治医名： カルテNo.： —

熊本県こども総合療育センター 事前問診票1

記入日 令和 年 月 日

| | | | |
|------|----------------------|-------------|---|
| 児童名 | (フリガナ) (男・女) | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月) |
| 記入者名 | (フリガナ) (続柄：) | 記入者の 連絡先 | — — ※できるだけ日中連絡がつきやすい電話番号 をお書きください |
| 住所 | 〒 — | | |

お子様の診察の参考としますので、以下の項目の記入について、ご協力をお願いします。

1 受診を希望される理由は何ですか？ をつけてください。(複数可)

診断や検査を受けたい 診断書を発行してほしい ()

診断は分からなくてもいいが、特性や対応について知りたい

お薬について相談したい 療育・訓練を受けたい

発達について相談したい (身体面 運動面 言葉)

気になることや、困っていることについて相談したい

[多動・衝動性 かんしゃく コミュニケーション 感覚過敏
 こだわり 生活習慣 その他()]

セカンドオピニオン その他()

2 当センターをどこでお知りになりましたか？ をつけてください。(複数可)

市町村からすすめられて

(健診 相談 訪問 その他：)

保健所からすすめられて (すこやか育児相談)

医療機関からの紹介 (医療機関名：)

療育施設・相談機関など(施設・機関名：)

保育園・幼稚園・学校 (園・学校名：)

知人・親戚 自分で調べて ホームページを見て

その他()

3 利用中の福祉制度

身体障害者手帳 (種 級) 療育手帳 (A1・A2・B1・B2)

児童発達支援・放課後等デイサービス (事業所名：)

4 家族構成（祖父母、父母、兄弟姉妹）について

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居の 人に○ | 死亡の 人に● | 職業、学校・園名、学年 別居の方は居住地 |
|----|------|----|------------|------------|-------------------------|
| | 父方祖父 | | | | |
| | 父方祖母 | | | | |
| | 母方祖父 | | | | |
| | 母方祖母 | | | | |
| | 父 | | | | |
| | 母 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- ① お母様について、現在、妊娠中ですか？ いいえ はい（ 月）
- ② お母様について、流産、死産の経験はありますか？
 なし 流産（ 年 月頃） 死産（ 年 月頃）
- ③ お子様の主な養育者は、どなたですか？
 父 母 祖父(母方・父方) 祖母(母方・父方) その他()
- ④ きょうだい、家族で当センターを利用している（利用していた）人がいますか？
 いいえ はい（お名前： 続柄： ）
- ⑤ ご両親について、いわゆる血族結婚（いとこ同士での結婚）など、近い親族に該当しますか？ いいえ はい
- ⑥ ご両親の離婚歴・再婚歴などがありますか？ なし あり
- ⑦ ご家族の方で、定期的に通院・内服や入院歴があるような持病や、先天性の病気をお持ちの方がいますか？ なし あり
（ありの場合：誰が どのな ）

<ジェノグラム> ※センター使用欄

