

小児初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

児童名： 【男・女】 生年月日： 年 月 日(歳 ヲ月)

記入者氏名： 【続柄】 連絡先電話： _____

住所： _____

園・学校名： _____ 学年 _____

かかりつけ医： _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1 当院を受診された経緯や理由、またはご相談されたい内容は何ですか

2 どのようにして、当院の小児リハビリテーションをお知りになりましたか

- 園・学校 始良市健康増進課(始良保健センター・保健師) あいぴあ あいか
教育委員会 他の病院() あゆみ 児童相談所
療育(施設名：) その他()

3 現在ご利用中のサービスはありますか

- 療育(施設名： 個別療育OT/ST/PT・集団療育)
その他()

3 家族構成(ごきょうだい児もご記入下さい)

続柄	氏名	生年月日	同居・別居	園・学校・職場	学年・職業	備考
本児						集団保育開始(年 月~)
父						結婚何月(年 月 日)
母						

4 過去にお子様の発達について指摘またはご相談されたことはありますか

- ない ある→ いつ(年 月頃)
どこで：1歳半健診()
3歳時健診()
その他()

5 これまでにお子様の発達に関する診察や療育・訓練を受けたことはありますか

- ない ある→ いつ(年 月頃) どこで()
診断名(医師：)
治療・療育・訓練状況()

→裏面もお願いします。

