

リハビリテーション科 初期間診票

*質問は診療を安全かつ適切に行う為の大切な参考資料とさせていただきます。

プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。(鉛筆でご記入下さい)

____年 ____月 ____日記入

フリガナ

お名前：____(男・女) 生年月日：____年 ____月 ____日生 ____歳 ____ヵ月
最近の体重：____g・kg

1. 特定マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ

2. 来院理由について該当するものに○を付けてください

他医療機関 ・ 健診 ・ 発達相談からの紹介 ・ その他 (____)

3. 家族構成について

続柄	名前	年齢	生年月日	職業	同居・別居
父			年 月 日		
母			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

4. 出産について

①在胎期間：出産予定日：____年 ____月 ____日、____週 ____日で出生

出生時の体重：____g 出産時のお母さんの年齢：____歳

②分娩状況：(普通・安産・難産・逆子・吸引・鉗子・帝王切開・無痛分娩・早期破水・麻酔使用
・その他____) 分娩時間：約____時間

③出産後の状況：(異常なし・仮死____分・チアノーゼ・痙攣・新生児黄疸・他____)
処置について：(特になし・NICU____日間・光線療法____日間・他____)

④アプガースコア(母子手帳に記載)：1分後____点、5分後____点

⑤妊娠中に特有の問題：特になし・あり(貧血・尿路感染症・妊娠中毒症・糖尿病・尿たんぱく・高血圧・
・Rh式血液型不適合・脂肪肝・心筋症・羊水過多・羊水過小・前置胎盤・胎盤早期剥離・その他____)

⑥妊娠中に薬を飲んだことがありますか なし・あり(産婦人科処方薬・その他____)

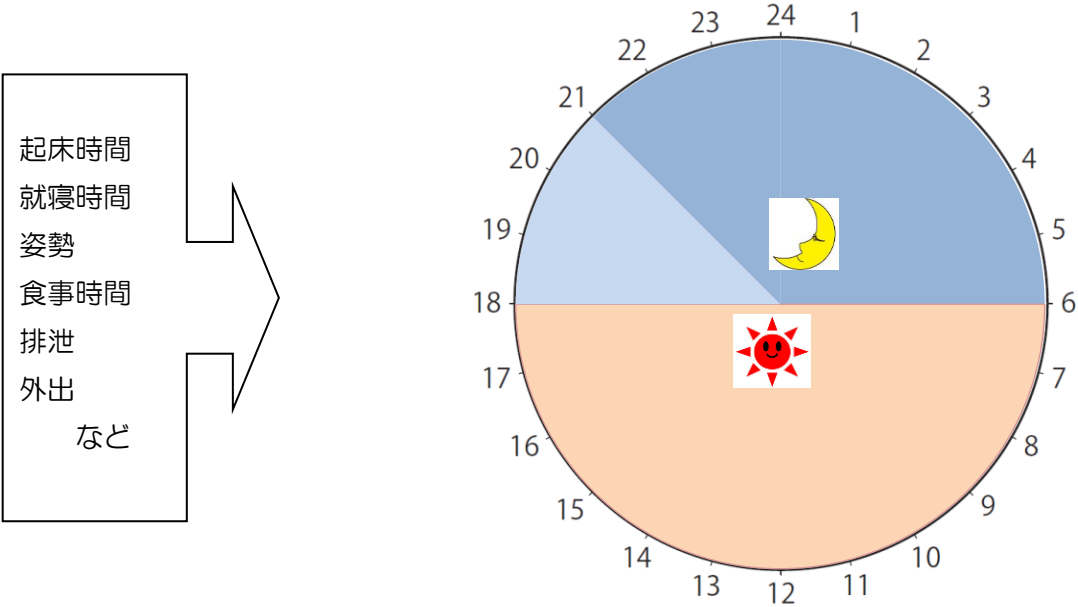
⑦妊娠と気付かずに喫煙・飲酒しましたか？ 喫煙：なし・あり 飲酒：なし・あり
ご家族に喫煙者がいらっしゃいますか？ いいえ・はい(____)

⑧妊娠中の就労について なし・あり：妊娠____週まで勤務
主な業務内容：(立ち仕事・事務業・力仕事・その他____)

5. 生後の発育について

①手のおしゃぶり	才 ____ヵ月	⑧つかまり立ち	才 ____ヵ月
②足のおしゃぶり	才 ____ヵ月	⑨ひとり歩き	才 ____ヵ月
③うつ伏せ手足を浮かす	才 ____ヵ月	⑩人差し指と親指で物をつかむ	才 ____ヵ月
④首のすわり	才 ____ヵ月	⑪バイバイ(身振り)	才 ____ヵ月
⑤寝返り	才 ____ヵ月	⑫喃語(ダーダー等何か言う感じ)	才 ____ヵ月
⑥おすわり	才 ____ヵ月	⑬意味のある言葉	才 ____ヵ月(____)
⑦四つ這い	才 ____ヵ月	⑭指差し	才 ____ヵ月

6. お子さんの平均的な 1 日の様子を具体的に記載して下さい



・以前通っていたり、現在も通っている病院、施設、相談所、保育園等やリハビリの経験について

	名称	期間（日付または年齢）	目 的
保育園・幼稚園・学校など			
療育			
医療機関・育児相談など			

7. 視覚、聴覚等の検査、手術、お薬等について

視覚検査： _____ 年 月頃	聴力検査： _____ 年 月頃
施設名： _____	施設名： _____
結 果： _____	結 果： _____

・何らかの手術を受けたことがありますか なし・あり（ _____ 年 月頃）

施設名： _____ 手術名： _____
経 過： _____

・現在飲んでいる薬をご存知の場合は具体的に記載してください

・今までに受けられた予防接種に○を付けてください

Hib・小児肺炎球菌・四種・BCG・麻疹風疹・水痘・日本脳炎・シナジス・B型肝炎・ロタ
おたふく・他（ _____ ）

・今までにかかれた病気に○を付けてください

おたふく・インフルエンザ・百日咳・日本脳炎・他（ _____ ）

・アレルギーなどがありますか？ （ _____ ）

8. 日常で気になること

お子さんのことで気になることや聞いてみたいこと等、ご自由にお書き下さい