

# 岐阜地域児童発達支援センター（医療型）ポッポの家 問診表

令和 年 月 日記入

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

フリガナ  
保護者氏名 母 \_\_\_\_\_ 父 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## \*発達歴

首すわり \_\_\_\_\_ か月 寝返り \_\_\_\_\_ か月 ずり這い \_\_\_\_\_ か月 四つ這い \_\_\_\_\_ か月

座位 \_\_\_\_\_ か月 つかまり立ち \_\_\_\_\_ か月 伝い歩き \_\_\_\_\_ か月 始歩 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月

有意語 \_\_\_\_\_ あり ・ なし \_\_\_\_\_

\* 4か月／10か月／1歳半／3歳児の健診（相談）で指摘されたことがあれば記載願います  
月齢と内容

\*同居されているご家族の状況：

\*今回受診される経緯（○で囲んでください）

医療機関より紹介      保健センターより紹介      ご家族が心配されて      その他

\*今回の受診にあたり、お子さんについて困っていること（できる範囲で詳しく記載願います）

\*そのことでこれまで医療機関には受診されましたか： あり ・ なし

医療機関名：

診断名（ついているものがあれば）：

対応状況： \_\_\_\_\_ 受診間隔 \_\_\_\_\_ か月に1回

検査：血液検査を受けたことは： あり ・ なし

脳のCTやMRI検査を受けたことは： あり ・ なし

できるだけ紹介状（診療情報提供書）をご持参願います。 紹介状： あり ・ なし

★次のページも記入をお願いします。

\*常時服用している薬はありますか： ある ・ ない

薬剤名：

\*入院されたことはありますか： ある ・ ない

医療機関名・診療科：

時期：令和 年 月頃 入院期間： 日

病名：

\*かかりつけの医療機関/主治医/頻度（あれば記載願います）

小児科：	/	先生/	か月に	回程度
	/	先生/	か月に	回程度
整形外科：	/	先生/	か月に	回程度
耳鼻科：	/	先生/	か月に	回程度
眼科：	/	先生/	か月に	回程度
歯科：	/	先生/	か月に	回程度
その他：	/	先生/	か月に	回程度

\*お子さんの行動で気になることがあれば✓してください。

視線が合いにくい 声をかけても振り向かない 8~9 か月頃に人見知りがなかった  
その他、気になることがあれば記載願います。

\*療育手帳はお持ちですか： ある ・ ない ・ 申請中

\*身体障害者手帳はお持ちですか： ある ・ ない ・ 申請中

\*これまで療育を受けたことはありますか： ある ・ ない ・ 過去に受けていた

施設名： 理学療法： 週 ・ 月 / 回  
作業療法： 週 ・ 月 / 回  
言語療法： 週 ・ 月 / 回

\*親子教室・保育園・幼稚園・こども園・児童発達支援施設に通っていますか？

施設名： 週 ・ 月 / 回

\*もし可能なら当施設での保育を希望されますか？

希望する ・ 希望しない ・ 説明を聞きたい ・ 見学してみたい

受診当日、できれば紹介状とともにご持参願います。