

記入日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日



# 初めて受診される方へ 群馬整肢療護園 外来

お子さんの診察の際、大切な資料となります。診察前に以下の質問にお答えください。

わからない箇所は空欄のままです。(外部に情報が漏れる心配はありません)

お子様の名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月

### 受診目的

・主に見てほしいこと、相談したいことを記入してください

( )

### 家族 (同居しているご家族全員 と 同居していない祖父母も記入してください。)

| 名前 | 続柄 | 年齢 | 勤め先・学校名 | 同居  | 名前 | 続柄 | 年齢 | 勤め先・学校名 | 同居  |
|----|----|----|---------|-----|----|----|----|---------|-----|
|    |    |    |         | 有・無 |    |    |    |         | 有・無 |
|    |    |    |         | 有・無 |    |    |    |         | 有・無 |
|    |    |    |         | 有・無 |    |    |    |         | 有・無 |
|    |    |    |         | 有・無 |    |    |    |         | 有・無 |
|    |    |    |         | 有・無 |    |    |    |         | 有・無 |

### 所属・関係機関

・現在所属している園や学校はありますか

| 園・学校名 | 学年 | 担任 | 利用開始日     | 利用回数  | 送迎  |
|-------|----|----|-----------|-------|-----|
|       |    | 先生 | H・R 年 月 ~ | 週 回利用 | 有・無 |
|       |    | 先生 | H・R 年 月 ~ | 週 回利用 | 有・無 |
|       |    | 先生 | H・R 年 月 ~ | 週 回利用 | 有・無 |

・次年度(または今後)、現在とは異なる園や学校に所属する予定はありますか

| 園・学校名 | 利用開始予定  | 利用回数  | 送迎  |
|-------|---------|-------|-----|
|       | R 年 月 ~ | 週 回利用 | 有・無 |
|       | R 年 月 ~ | 週 回利用 | 有・無 |

・所属以外でお子さんが利用している、保護者様が相談している機関や施設などはありますか(複数可)

いいえ・はい

| 相談機関名 | 担当者 | 利用開始日     |
|-------|-----|-----------|
|       |     | H・R 年 月 ~ |
|       |     | H・R 年 月 ~ |

### 手帳

・身体障害者手帳または療育手帳はお持ちですか いいえ・はい・申請中

身体障害者手帳 種 級  
療育手帳 A1 A2 A3 B1 B2

・各種手帳、お薬手帳をお持ちでしたらコピーさせていただきます はい・いいえ

### かかりつけ医・くすり

・定期的に受診している病院がありましたら教えてください

( ) ( )

・現在、定期的に飲んでいる薬があれば教えてください

( ) ( )

### 検査

・今までに受けた検査があれば記入してください。<例：MRI、脳波、知能検査など>

( ) 病院で ( ) ( ) ( ) ( )

### 診断名

・これまでにうけた診断名があれば記入してください(複数可)

( )

アレルギー

アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい（具体的に ）

けいれん

今までにけいれんを起こしたことはありますか。 いいえ ・ はい

当園に期待すること

◆当園に期待することについて、当てはまるすべてものに  をつけて下さい。

\*これはご意向を確認するものであり必ずしもご希望通りになるとは限りません。

定期的な相談（頻度： 2週に1回 月1回 3か月に1回 半年に1回 ）←○をつけて下さい

ことばに関する療育  運動に関する療育

関わり方の学び（親向け）  診断告知（診断名がある場合）

出生時の様子

出生地（ ）

在胎週数 週 日（予定日 月 日/出生日 月 日）

出生体重 g 身長 cm 頭囲 cm

生まれた時に何か異常があると言われましたか。 いいえ ・ はい（ ）

今までのお子さんの様子について記入してください。

乳幼児健診での異常の指摘はありましたか。 いいえ ・ はい（ ）

大きな病気・入院・手術の指摘はありましたか。 いいえ ・ はい（ ）

時期：

病名：

発達

- ・首がすわったのはいつ頃ですか まだ ・ （ ） か月ごろ）
- ・寝返りをしたのはいつ頃ですか まだ ・ （ ） か月ごろ）
- ・お座りをしたのはいつ頃ですか まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・ハイハイをしたのはいつ頃ですか まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・つかまり立ちをしたのはいつ頃ですか まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・つたい歩きをしたのはいつ頃ですか まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・一人歩きをしたのはいつ頃ですか まだ ・ （ ） オ か月ごろ）

ことば

- ・いつ頃から盛んにおしゃべり（喃語）（例：あー、うー）するようになりましたか。  
まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・はじめて意味のあることば（例：ママ、ブーブ）を話したのはいつ頃ですか。  
まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・二語文（例：ワンワンきた）を話すようになったのはいつ頃ですか。  
まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・絵本などで「ワンワンどれ？」と聞くと、指さしをしますか。  
まだ ・ （ ） オ か月ごろ）
- ・現在言える言葉の数に丸○をつけてください  
10以下 30以下 何でも
- ・\*10以下に○をつけた方のみ 現在言える言葉を下にお書きください。

---



---



---



---