

カルテ No.

健康相談票

ふりがな 氏名				性別	男	女
				昭和		
				平成	年	月 日生
住所	〒					
連絡先	電話番号（自宅）	—	—	メールアドレス：		
	（携帯）	—	—			
	緊急連絡先	—	—			
保護者氏名			管轄保険所			
被保険者証	（記号）	（番号）	被保険者名			
事業所名称			保険者番号			
登録年月日			区分	社保	国保	生保 自費 他
			医療券番号			
現在お住まいの住所（現住所と異なる場合のみ記入してください）						
〒						

この問診票は、保護者の方が記入してください。カルテの一部とするものですから、秘密を厳守し大切に保管させていただきます。母子健康手帳などを参考にしながら、思い出してご記入ください。あてはまるものに○をつけるものと、必要なことらを書き込むものがあります。

記入者 母 父 祖母 祖父 その他（ ） 平成 年 月 日記入

【ご相談なされたいことは、どのようなことですか】

【どちらで当クリニックをお知りになりましたか】

ホームページ 紹介（紹介者の方のお名前） 知人・友人
学校 保健所 医療機関 療育機関 幼稚園(保育園)

2. お父さんについて

- 1) 兄弟姉妹 _____人兄弟姉妹の _____番目
- 2) 最後に卒業した学校
中学 高校 短大 専門学校 大学 大学院 その他 ()
- 3) 職業 具体的に ()
- 4) 生活習慣について
たばこを吸いますか 吸わない 吸う (本/日)
お酒を飲みますか 飲まない 飲む (時々 毎日)
- 5) 現在治療中の病気はありますか
ない ・ ある 具体的に ()
- 6) 現在服用している薬はありますか
ない ・ ある 具体的に ()

3. お母さんについて

- 1) 兄弟姉妹 _____人兄弟姉妹の _____番目
- 2) 最後に卒業した学校
中学 高校 短大 専門学校 大学 大学院 その他 ()
- 3) 職業 具体的に ()
- 4) 生活習慣について
たばこを吸いますか 吸わない 吸う (本/日)
お酒を飲みますか 飲まない 飲む (時々 毎日)
- 5) 現在治療中の病気はありますか
ない ・ ある 具体的に ()
- 6) 現在服用している薬はありますか
ない ・ ある 具体的に ()
- 7) これまでの妊娠回数 _____回 お産の回数 _____回
早産 _____回 死産 _____回 流産 (自然 _____回/人口 _____回)

II. 妊娠及び出生のようす

1. 受診するお子さんの妊娠中のようす

- 1) 妊娠中に何か身体上の問題がありましたか
ない ・ ある 具体的に ()
- 2) 流産しそうになった あり ・ ない
- 3) 妊娠中にレントゲン写真をとった あり ・ ない
- 4) 妊娠中に薬を飲んだことがある あり ・ ない

2. 受診するお子さんの出産時の状況

- 1) 出産時のお母さんの年齢 _____ 歳 出産時のお父さんの年齢 _____ 歳
- 2) 出産予定日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 3) 出産した時の週数 _____ 週 _____ 日
- 4) 何番目のお子さんですか _____ 番目
- 5) 出生時の体格 体重 _____ g / 身長 _____ cm
- 6) 出産時、何か問題がありましたか
ない ・ ある 具体的に ()
- 7) Apgar スコア (_____ 点)

3. 出産をした場所はどちらでしたか

病院 産院 助産院 自宅 その他 ()

III. お子さんの発育について

1. 生後1か月くらいの間に、お子さんに何か問題がありましたか

なし ・ あり 具体的に ()

2. 受診するお子さんが生まれてから現在までのようす

- 1) 母乳を与えていたのは _____ か月から _____ か月まで

- 2) ミルクを与えていたのは _____ か月から _____ か月まで
- 3) 離乳食はいつ始めましたか _____ か月から / まだ始めていない
- 4) 離乳食はいつ完了しましたか _____ か月の時 / まだ完了していない
- 5) 好き嫌いがありますか ない ・ ある ()
- 6) おやつは時間を決めてあげている はい ・ いいえ
- 7) 赤ちゃんのとき、次のようなことがありましたか
- | | | |
|-----------|----------------|------------|
| そりかえりやすい | 手をいつもかたくにぎっている | からだ全体がかたい |
| からだがやわらかい | 目つきがおかしい | 夜よく眠らない |
| よく吐く | びくつきやすい | 昼間眠ってばかりいる |
3. お子さんはこれまで病気に罹ったことがありますか
- ない ・ ある 具体的に ()
4. お子さんの体質について次のようなことがありますか
- | | | |
|----------|-----------|--------|
| 皮膚が弱い | 頭痛がしやすい | 熱が出やすい |
| かぜをひきやすい | 乗り物に酔いやすい | |
5. 気になる行動やくせがありますか
- ない ・ ある 具体的に ()
6. 近所の友達とは
- よく遊ぶ あまり遊ばない まったく遊ばない 友達がいらない
7. 幼稚園や保育園には
- | | |
|------------------|-----------------|
| よろこんで行く (または行った) | いやいや行く (または行った) |
| 行かせるのに苦労する | 行っていない |

IV. 環境について

1. お住まいの最寄駅 _____ 線 _____ 駅
2. 片道所要時間 _____ 時間 _____ 分位

《発達の記録》

お子さんが次のことを、いつ頃からするようになったかを、母子健康手帳を参考にしてご記入ください

裸にすると手足をバタバタする	まだしない	する	歳	か月頃から
首がすわる	まだしない	する	歳	か月頃から
ねがえりをする	まだしない	する	歳	か月頃から
おすわりをする	まだしない	する	歳	か月頃から
はいはいをする	まだしない	する	歳	か月頃から
ささえあげれば、立っている	まだしない	する	歳	か月頃から
つたい歩きをする	まだしない	する	歳	か月頃から
人見知りをする	まだしない	する	歳	か月頃から
ひとりで歩く	まだしない	する	歳	か月頃から
ことばをひとつ言う	まだしない	する	歳	か月頃から
走る	まだしない	する	歳	か月頃から
2語文を話す	まだしない	する	歳	か月頃から
三輪車をこぐ	まだしない	する	歳	か月頃から
丸を書ける	まだしない	する	歳	か月頃から

市ヶ谷心理相談室

〒162-0844

東京都新宿区八幡町16市谷見附ハイム609（事務所）

070-5457-8264

shinri@kodomo-mental.com