

Medical Empowerment Station 陣屋の里 受診のご案内

*こちらの用紙は初診日まで保管していただき、当日お持ちください。

予約日が決まりましたら、下記にご記入ください。

令和 年 月 日 () 時 分

【受診の申込み】

①問診票のご記入

問診票のご記入に時間がかかるかと思われませんが、お子様（ご本人様）のことを理解するために、ご協力をお願いいたします。

②問診票の送付

大変お手数ですが、封筒、切手を準備いただき、ご郵送をお願いいたします。

※郵送される際は、個人情報の記載された資料ですので、「簡易書留」でのご郵送をお勧めいたします。郵送中の事故等に関しては、大変申し訳ありませんが、当院で責任をもつことができませんのでご了承ください。

③紹介状がある場合

紹介元からの紹介状、診療情報提供書、発達検査の結果および過去に作成した診断書のコピー等がお手元にある場合は問診票と一緒に郵送または当日持参をお願いいたします。

紹介元から当院へ直接送付していただいてもかまいません。

*初診時間診票（3ページから8ページまで）を、下記住所へご郵送ください。

*問診票が当院に到着後、確認したいことがある場合はお電話しますので、ご了承ください。

【送付先】

※下記を切り取り、宛名として封筒に貼ると便利です

〒879-5521

大分県由布市挾間町鬼瀬 971-6

Medical Empowerment Station 陣屋の里 新患受付宛

【受診日の流れ】

①受付

受診されるお子様（ご本人様）と一緒に診察予約時間の10分前までに受付にお越しください。

*お子様（ご本人様）不在の場合は受診ができませんのでご了承ください。

健康保険証・医療証、受給者証（こども医療費受給資格証、自立支援医療証、等）を提出してください。

②同意書等の記入

必要書類の記入をしていただきます（撮影同意書等）。診察の順番がきましたらお名前をお呼びします。

【当日持参していただきたいもの】

- 健康保険証 母子手帳
- 受給者証等（こども医療費受給資格証、障害者医療証、自立支援医療、他）*所持している方のみ
- 医療証・手帳 *所持している方のみ
- その他（発達検査等の結果、学校（園）からの情報提供書、通知表、等）
- 室内履き（新型コロナウイルス感染症予防のため、持参していただくことをお勧めします。）

★療育や検査（心理検査、知能検査等）をご希望の方は、診察時に主治医に直接ご相談してください。

例) 就学・進学にあたり支援級の利用を検討するために検査結果が必要である、など。

※検査等の実施については、医師が判断しますので、ご希望に添えないこともございます。ご了承ください。

【その他注意事項】

- ・予約日に受診が出来なくなった場合やキャンセルされる場合は事前にご連絡をください。
- ・ご不明な点、お困りごと等ありましたら当院までご連絡をください。

【お問い合わせ先】

〒879-5521 大分県由布市挾間町鬼瀬 971-6 Medical Empowerment Station 陣屋の里 新患受付
連絡先：097-583-2020 平日（月～金）9：00～18：00 まで

初診時間診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		男・女	所属	学校 年
住所	〒			
電話	携帯： 自宅：			
	*月～金曜の9:00～17:30の間で、繋がりのやすい時間帯 ()			

記入者 _____ (続柄： _____)

◇当院を受診されようと思った経緯について教えてください。

- 知人 (_____) からの紹介 ホームページを見た 家族が通っている
 医療機関 (_____) からの紹介 その他 (_____)

1. 来院されるのはどのような困りや問題のためでしょうか？

*ご本人が気になること (困っていること)

*ご家族が気になること (困っていること)

2. 困りや問題が始まった時期はいつ頃ですか？ (年 月頃あるいは 歳頃)

そのときの様子を簡単に教えてください。きっかけとなるような出来事がありましたか？

書ききれなかった場合は、最終ページにご記入ください。

3. 当院に希望されることはなんですか？（複数回答可能）

- 診断を受けたい
- 薬物治療について相談・検討したい
- 検査を受けたい → 期限あり（ まで） 期限なし
- セカンドオピニオンを受けたい
- 診断書を発行してほしい
- 相談したい
- その他（ ）

※検査を希望で、提出等の期限がある場合は、検査結果がいつまでに必要かを記入してください。

※検査（心理検査、知能検査等）をご希望の方は、初診時に主治医へ一言お申し出ください。

4. 上記の困りや問題で、これまでに他の相談機関・医療機関に相談されたことはありますか？

療育、発達検査（心理テスト）や脳波などの検査を受けたことはありますか？ なし

いつ	どこで	そこでの助言、診断、治療、療育や検査の内容
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

5. 現在も含めたこれまでの保育・教育歴について教えてください。

<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 加配あり <input type="checkbox"/> こども園	その時の困りがあればお書き下さい。
<input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 小学部 <input type="checkbox"/> 中学部 <input type="checkbox"/> 高等部	その時の困りがあればお書き下さい。
<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 加配あり	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学級（ 年から利用） その時の困りがあればお書き下さい。
<input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 加配あり	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学級（ 年から利用） その時の困りがあればお書き下さい。
<input type="checkbox"/> 高校・高専	その時の困りがあればお書き下さい。
<input type="checkbox"/> 専門学校 短大・大学	その時の困りがあればお書き下さい。

6. 学校での様子について詳しく教えてください。

毎日、登校できていますか？ はい ・ いいえ (全く行けていない ・ 時々行けている)

全く行けていない場合→ いつからですか？ ()

きっかけはありますか？ ()

時々行けている場合→いつからですか？ () 登校の頻度 ()

学校に行った場合はどこで過ごしていますか？ ()

きっかけはありますか？ ()

7. お子さんが生まれてから、家庭環境の変化(転居、転園・転校等)はありましたか？ なし

いつ	出来事

8. お母様の妊娠前、妊娠中のことについて教えてください。何か問題はありましたか？

問題なし 不妊治療 切迫早産 切迫流産 妊娠高血圧 妊娠中毒症

妊娠中の病気 妊娠中の薬物治療 アルコールの常用 喫煙

その他 ()

9. お子さんの出生時のことを教えてください。

在胎週.....日.....g. 異常なし 自然分娩 帝王切開

仮死状態 保育器の使用 黄疸の治療 その他 ()

10. お子さんの乳幼児期の様子について教えてください。運動：記録なし 言葉：記録なし

運動	定頸 (歳 か月)	寝返り (歳 か月)	おすわり (歳 か月)
	ハイハイ (歳 か月)	つかまり立ち (歳 か月)	
	つたい歩き (歳 か月)	独歩 (歳 か月)	
言葉	喃語 (歳 か月)	音声模倣 (歳 か月)	
	単語 (歳 か月)	二語文 (歳 か月)	三語文 (歳 か月)

11. 乳幼児健診で何か指摘されたことや、保護者の方から相談したことはありますか？ なし

1歳半児健診 指摘：..... 相談：.....

3歳児健診 指摘：..... 相談：.....

5歳児健診 指摘：..... 相談：.....

12. これまで以下の病気になったことや大きな怪我をしたことはありますか？

- | | | | | | | |
|--------|--------------------------|-------|---|-----|--------------------------|---------|
| 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> | かかった（ | 歳 | か月） | <input type="checkbox"/> | かかっていない |
| 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> | かかった（ | 歳 | か月） | <input type="checkbox"/> | かかっていない |
| てんかん | <input type="checkbox"/> | かかった（ | 歳 | か月） | <input type="checkbox"/> | かかっていない |
| 熱性けいれん | <input type="checkbox"/> | かかった（ | 歳 | か月） | <input type="checkbox"/> | かかっていない |
| 中耳炎 | <input type="checkbox"/> | かかった（ | 歳 | か月） | <input type="checkbox"/> | かかっていない |
| その他（ | | | | | | ） |

13. アレルギーはありますか？

- 薬剤アレルギーの有無 有() ・ 無
- その他（食物など）アレルギーの有無 有() ・ 無

14. これまで入院したことはありますか？ なし

ある場合は、下の欄に疾患名/入院した時の年齢/治療内容などを記載してください。

15. 現在、内服中のお薬はありますか？ なし

ある場合は、薬名/用量/服薬時間（朝食後等）などを教えてください。

16. 現在のお子様のご様子について教えてください。

体調	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 吐き気
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
睡眠	睡眠時間（ : 就寝、 : 起床） <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 夜中に起きる <input type="checkbox"/> 悪夢がある <input type="checkbox"/> 朝起きられない
	<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる <input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 偏食がある
情緒面	<input type="checkbox"/> 人の目が気になる <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> わけもなく悲しくなる
	<input type="checkbox"/> 極端に怖がる <input type="checkbox"/> 同じ行動をやめられない <input type="checkbox"/> 体を汚く感じる
	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> ネットやゲームをやめられない（1日平均 時間程度）
行動面	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 離席がある <input type="checkbox"/> シャベリすぎる <input type="checkbox"/> 衝動的
	<input type="checkbox"/> 不注意 <input type="checkbox"/> 忘れ物・なくし物が多い <input type="checkbox"/> ケアレスミスが多い
対人関係	<input type="checkbox"/> 目線が合わない <input type="checkbox"/> 声かけに反応しない <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い
	<input type="checkbox"/> 友人関係が築けない <input type="checkbox"/> 一方通行にしゃべる <input type="checkbox"/> 対人トラブルが多い
性格傾向	<input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 予定変更を嫌がる <input type="checkbox"/> 音に敏感 <input type="checkbox"/> 触覚に敏感
	<input type="checkbox"/> 気温の変化に敏感 <input type="checkbox"/> においに敏感

17. ご家族についてご記入ください。*同居家族は口に✓してください。

口父方祖父（ ）歳

*兄弟姉妹（ご本人も含めて）

口父（ ）歳

口（ ）歳（男・女）

口父方祖母（ ）歳

職業：

口（ ）歳（男・女）

口（ ）歳（男・女）

口母方祖父（ ）歳

口（ ）歳（男・女）

口母（ ）歳

口（ ）歳（男・女）

口母方祖母（ ）歳

職業：

*ご家族・ご親戚の中で、お子さまと似たような症状・状態の方がいますか？（いる・いない）

→本人との続柄・症状（ ）

*ご家族・ご親戚の中で、精神的な問題で病院を受診したことのある方はいますか？（いる・いない）

→本人との続柄・症状（ ）

*ご家族・ご親戚の中で、心疾患、甲状腺疾患、高血圧、糖尿病などの既往歴がある方はいますか？

（いる・いない）

→本人との続柄・疾患（ ）

18. ト라우マになるような辛い経験をしたことはありますか？ なし
ある場合は、時期と内容を教えてください。（例：事故、災害、いじめなど）

19. 上記に書ききれなかったことがあればご記入ください。

ご記入ありがとうございました。