

# ことばについての初診時間診票

記入日 令和 年 月 日

☆電話予約の上、受診当日、口腔リハビリテーション科受付へお持ち下さい。

フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日( 歳 ヶ月)
お名前	男・女	【通園・通学先】	保育園・幼稚園 (年少・年中・年長) その他 _____ 小・中・高 年生 (普通学級・特別支援学級)・ 特別支援学校
【受診のきっかけ】			
<input type="checkbox"/> 他の医院・療育施設からの紹介 <input type="checkbox"/> 昭和大学歯科病院の他の科からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人から勧められた <input type="checkbox"/> 学校の先生から勧められた <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> その他( _____ )			

## 1.ご相談の内容はどのようなことでしょうか。

## 2.相談歴についておたずねします。(お答えが難しい箇所は分かる範囲で構いません)

■これまでに乳幼児検診・就学時検診でことばや発達について指摘をされたことはありますか

ない・ある →いつ 歳 ヶ月検診にて どんな内容を指摘されましたか

■これまでに上記 1 の内容や発達について他院や保健センターなどに相談されたことがある方はご記入下さい。

相談した医院や機関名	相談した時期	相談内容・結果・診断されたことなど
	歳 ヶ月	
	歳 ヶ月	
	歳 ヶ月	

■療育センター・民間の機関などへの通所や、トレーニングを受けたことがある方はご記入下さい。

施設や機関名	期間	指導内容(個別・集団)
	歳 ヶ月～ 歳 ヶ月・現在まで	
	歳 ヶ月～ 歳 ヶ月・現在まで	
	歳 ヶ月～ 歳 ヶ月・現在まで	

■これまでに発達の検査を受けたことがある方はご記入下さい。 ☆検査結果をお持ちでしたら、当日ご持参下さい。

検査を受けた機関名	検査を受けた時期	検査名(新版K式・田中ビネーなど)・結果
	歳 ヶ月	
	歳 ヶ月	
	歳 ヶ月	

次ページへ進んでください↓

3.これまでのお子さんの成長について母子手帳をもとにお答えください。(お答えが難しい箇所は空欄で構いません)

【お生まれのころ】

妊娠中や産後のお母さんについて	体調	問題なかった・その他( )
	分娩方法	自然・吸引・帝王切開
お子さんについて	在胎期間	週
	出生時の様子	問題なかった・仮死・黄疸・その他( )
	出生時の身長	cm
	出生時の体重	g

【乳幼児のころ～現在】

運動	首がすわった時期はいつですか	歳 ヶ月
	お座り(支えなし)をした時期はいつですか	歳 ヶ月
	ひとり歩き(支えなし)をした時期はいつですか	歳 ヶ月
	現在の身長	cm
	現在の体重	kg
ことば	意味のある単語を話したのはいつですか	歳 ヶ月 (初めてのことば: )
	2語文を話したのはいつですか	歳 ヶ月
きこえ	きこえについて指摘されたことがありますか	ない・ある →いつ 歳 ヶ月 どんな内容を指摘されましたか
	中耳炎にかかったことはありますか	ない・ある→滲出性・急性

4.診療にあたり特に配慮を希望される事項がございましたらお書き下さい。

☆問診は以上です。ご協力ありがとうございました。予約日当日に口腔リハビリテーション科受付へお持ちください。