

# 愛育クリニック 神経・発達外来問診票

西暦 20\_\_年 \_\_月 \_\_日 記載者 (\_\_\_\_\_)

なまえ

- 名 前 : \_\_\_\_\_  
年 齢 : \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月 (生年月日 : 西暦 20\_\_年 \_\_月 \_\_日 生)  
身 長 : \_\_\_\_\_ cm, 体 重 : \_\_\_\_\_ kg

- 症状 [いつから?]  
( \_\_\_\_\_ ) [ \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月から ], ( \_\_\_\_\_ ) [ \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月から ]  
( \_\_\_\_\_ ) [ \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月から ], ( \_\_\_\_\_ ) [ \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月から ]

■ 家族・親族の病気 (あてはまる方の□に☑でチェック)

- ・父 \_\_\_\_ 歳 (病名 \_\_\_\_\_) 母 \_\_\_\_ 歳 (病名 \_\_\_\_\_)  
兄弟姉妹 (病名 \_\_\_\_\_)  
祖父母 (病名 \_\_\_\_\_) ※父方・母方の区別も  
いとこ (病名 \_\_\_\_\_) ※父方・母方の区別も  
その他 (病名 \_\_\_\_\_)  
・近親婚はありますか? (  なし・ あり )  
・家系内に流産, 早産, 乳幼児期早期死亡はありますか? (  なし・ あり )  
・てんかん (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )  
・熱性けいれん (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )  
・知的障害 (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )  
・その他の病気 (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )  
・皮膚の異常 (赤, 白, 茶あざなど) (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )

■ 妊娠中の経過 (あてはまる方の□に☑でチェック)

- ・飲酒, 喫煙, 薬剤内服は? (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )  
・感染, 発熱は? (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )  
・胎動は? ( \_\_\_\_\_ ) 妊娠中毒は? ( \_\_\_\_\_ )  
・妊娠中の合併症は? ( \_\_\_\_\_ )

■ 分娩歴 (あてはまる方の□に☑でチェック)

- ・在胎 \_\_\_\_ 週 \_\_\_\_ 日, (  自然,  逆子,  予定 /  緊急帝王切開,  鉗子,  吸引 ) 分娩にて出生。  
・仮死あり? (  なし・ あり )  
・その他の異常は? (  なし・ あり [ \_\_\_\_\_ ] )  
・出生時身長 \_\_\_\_\_ cm, 体重 \_\_\_\_\_ kg, 頭囲 \_\_\_\_\_ cm

■ 新生児期 (あてはまる方の□に☑でチェック)

- ・泣き声 (  強い・ 普通・ 弱い ), 哺乳力 (  強い・ 普通・ 弱い ), 黄疸の治療 (  なし・ あり )

## 愛育クリニック 神経・発達外来問診票

■ 発達

抱っこ時に目が合う (      か月)	目で物を追う (      か月)	あやすと笑う (      か月)
手を眺める (      か月)	あやすと声を出す (      か月)	首がすわる (      か月)
音源に向く (      か月)	寝返りをする (      か月)	抱かれて喜ぶ (      か月)
人見知りをする (      か月)	支えなしで坐る (      か月)	自分で坐る (      か月)
おもちゃを持ち替える (      か月)	はいはいをする (      か月)	バイバイをする (      か月)
つかまって立つ (      歳      か月)	伝って歩く (      歳      か月)	ひとりで歩く (      歳      か月)
小さい物をつまむ (      歳      か月)	意味のあることば (      歳      か月)	手すりで階段 (      歳      か月)
他児に興味 (      歳      か月)	二語文で話す (      歳      か月)	おもつがとれる (      歳      か月)

(あれば□を  でチェック)

指さし	<input type="checkbox"/> 「興味・発見」 (      か月) <input type="checkbox"/> 「共感」(見て！見て！) (      か月)	<input type="checkbox"/> 「要求」(取って欲しい) (      か月) <input type="checkbox"/> 「応答」(質問に対して) (      か月)
-----	---	--

■ これまでにかかった病気 (あれば□を  でチェック)

- 頭部外傷 ( \_\_\_\_\_ ),     脳や神経の感染症 ( \_\_\_\_\_ )  
 治療を受けましたか？ (治療名・薬剤名 \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

発作 (けいれん発作や意識消失発作など) (あてはまれば□を  でチェック)

( \_\_\_\_歳 \_\_\_\_か月に発症、    □年に/□月に/□週に/□日に/□ ( \_\_\_\_ ) 時間に ( \_\_\_\_ ) 回の頻度

あるいは、

	年齢	発熱	覚醒時/ 睡眠時	持続 時間	左右 差	意識 低下	発作の様子
1回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
2回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
3回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
4回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
5回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
6回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
7回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
8回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
9回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
10回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
11回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
12回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	
13回目	歳      か月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /□			<input type="checkbox"/>	