

# 事前診察 問診票

鎌倉療育医療センター 小さき花の園

☎ 0467-31-6703

感染対策・診察時間短縮のため、事前診察を受ける場合は事前に下記の記入の上ご持参ください。

下記太枠内をの該当する項目に○を付け（ ）に詳細を記入して下さい。

氏名（ ） 男性・女性

生年月日 年 月 日 歳

園で記入

利用希望  
の理由

( )

病状や経過 かかりつけ医より診療情報提供書をいただいて来てください

日中の状況 学校（ ）  
定期的に通っている施設（ ）  
お家で過ごすことが多い

予防接種

	予防接種	既往・接種時期		予防接種	既往・接種時期
日本脳炎	(済・未)		ヒブ	(済・未)	
四種混合	(済・未)		肺炎球菌	(済・未)	
麻疹	(済・未)		結核(BCG)	(済・未)	
風疹	(済・未)		B型肝炎	(済・未)	
水痘	(済・未)		C型肝炎		
耳下腺炎	(済・未)		その他		
インフルエンザ	(済・未)				

※4種混合：ジフテリア+百日咳+破傷風+ポリオ

MR：麻疹+風疹

既往歴

( )

てんかん発作 なし・あり  
発作の形や薬の使用のタイミングなど

( )

# 事前診察 問診票

鎌倉療育医療センター 小さき花の園

☎ 0467-31-6703

**呼吸に関して** 吸引： なし・あり（頻度： )

酸素： なし・あり（使用量・時間 )

ネブライザー：なし・あり

（ ありの場合は薬剤名・時間等 )

気管切開： なし・あり（カニューレの種類 )

人工呼吸器： なし・あり

（機種： 使用時間： )

**食事に関して** 経管栄養： なし・あり（チューブの種類・サイズ )

胃管・胃ろう・その他 ( )

注入回数： 回／日

注入内容

経口摂取： なし・あり（回数： 回／日)

形態

好きなもの

嫌いなもの

**排泄に関して** トイレ誘導： なし・あり

（ ありの場合どのように誘導するのか )

その他配慮が必要なことがあればご記入ください

月経 なし・あり

# 事前診察 問診票

鎌倉療育医療センター 小さき花の園

☎ 0467-31-6703

**皮膚について** 軟膏使用等があれば部位と薬品名をご記入ください

[ ]

**姿勢について** 装具の使用： なし・あり

[ ありの場合は装具の種類と使用時間 ]

体の動き： 歩ける・立てる・座れる・臥位で向きが変えられる  
・手足のみ動かせる・体を動かせない

[ その他ありましたらご記入ください ]

骨折の既往： なし・あり（部位： 時期： ）

**感覚について** 視力：よく見える・見えているようだ・光を感じる程度・見えない

聴力：よく聞こえる・大きな音に反応・聞こえない

**夜間の睡眠** 薬の使用 なし・あり （薬剤名： ）

[ 使用のタイミング ]

**その他**

好きなこと [ ]

嫌いなこと [ ]

ご家族から当園に伝えたいことがありましたらご記入ください

[ ]

記入日： 年 月 日 記入者名 関係（ ）

診察日： 年 月 日

診察医：