

# 医療面接表

名前 \_\_\_\_\_ 昭和/平成 \_\_\_\_\_ 生 \_\_\_\_\_ 歳 男 女 記入者: 本人 本人以外( )  
平成 年 月 日

○分かる範囲でかまいませんので、以下の質問にお答えください。

## 1. 出生の状態

- ①出産は: 正常 帝王切開 その他( )  
②出生時: \_\_\_\_\_ 週 体重 \_\_\_\_\_ g  
③仮死: - +  
④その他:

## 2. 乳幼児期の発達

(運動機能)

1. 頭座: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月  
2. お座り: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月  
3. 歩行: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月  
4. その他:

(ことば)

言葉の発達: 正常 遅れあり  
現在、言葉は: 正常 オーム返し 単語 なし

## 3. 障がいについて

①主たる障がいの名は

- ①脳性まひ ②精神発達遅滞  
③自閉症 ④ダウン症  
⑤水頭症 ⑥心奇形( )  
⑦てんかん ⑧その他( )

②症状、対応の注意点など

③合併症 合併症は: なし あり( )

④診断された時期 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月

⑤診断された医療機関、担当医

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生

⑥現在のかかりつけ医

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生  
定期的( \_\_\_\_\_ ヶ月) 不定期に受診

⑦常用薬 なし あり(薬の名前は )

⑧療育歴

## 4. 全身既往歴

①今までで大きな病気は なし あり(病名は )

②全身麻酔経験は

本人は: なし あり  
家族は: なし あり  
異常は: なし あり(どのような )

## 5. 歯科既往歴

①歯科受診は: なし あり

②いつ: \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳時

③どこで: おがた小児歯科 市民病院 熊大  
こども総合療育センター 近医

④診療内容は: 治療 予防 検診 その他( )

⑤適応状態は: 協力的 嫌がった

⑥抑制経験は: なし あり

⑦最近の受診: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

## 6. 現在の一般状態

①全身状態: 良い 良くない( )

②身体の発達: 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

③アレルギー: なし あり

詳しく 喘息  
薬( )  
食物( )  
その他( )

## 7. 現在の生活

①歩行は: 自分でできる できない

②食事は: 一人でできる 一部介助必要 全面介助

③着替えは: 一人でできる 一部介助必要 できない

④昼間は: 家にいる 就業・就学している( )

## 8. 要望について

①麻酔は: 必要あればしてよい したくない

②抑制は: 必要あればしてよい したくない

③対応の注意点はありますか

④治療期間についての要望はありますか

⑤治療費についての要望はありますか

⑥その他、気になることがあれば、ご記入ください