

# Frontierkids Mio Tesoro 問診票①

記入日：20 年 月 日 ( )

記入者 ( )

お子様のお名前	フリガナ		年齢	歳 ヶ月		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	20 年	月	日	
所属 (通っている園)	( プレ・保育園・幼稚園・こども園 ) <input type="checkbox"/> 所属なし					
連絡先	〒 _____ ー _____ 日中連絡がつく電話番号 ( ) _____ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 ( 固定・携帯・会社 ) ご連絡のつく時間帯 <input type="checkbox"/> 平日午前 <input type="checkbox"/> 平日午後 <input type="checkbox"/> 土曜 午前 <input type="checkbox"/> 土曜 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可能					
家族構成	関係	名前(名前のみ)	年齢	生年月日(西暦)	勤務先・学校名	連絡先
	父					
	母					
	兄弟姉妹					
相談したいこと (具体的に)						
いつ頃から、 どのような症状が あった、...など						
	※今回の相談は ➡ <input type="checkbox"/> 母・父 <input type="checkbox"/> 親族に勧められて <input type="checkbox"/> 園の先生に勧められて <input type="checkbox"/> その他 ( )					
これまでに相談した 医療機関及び 相談機関	機関名	いつ	どんなことを			
		歳頃				
		歳頃				
周産期歴	妊娠中に異常を指摘されたこと <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ、どのようなことを指摘されたか					
	<input type="checkbox"/> 高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 薬物使用 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> Rh 不適合 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
今までの発育歴	① 在胎： 週 日		② 出生体重・身長： g ・ cm			
	③ どこで生まれましたか？(クリニック・病院名など) ( )					
	④ 分娩の異常：無・有 ( 前期破水・帝王切開・吸引分娩・陣痛促進剤の使用 )					
	④ 出生時の異常：無・有 ( 仮死・けいれん・NICU入院 ( ) 日間・保育器の利用 )					
	⑤ 新生児期の異常：無・有 ( 黄疸・強い黄疸・光線療法・交換輸血・母乳停止 )					
	⑥ その他：					



# Frontierkids Mio Tesoro 問診票③

お子様の生活面 において	朝 起きる時間： <input type="checkbox"/> おおむね決まっている（ 時 分 ごろ） <input type="checkbox"/> 決まっていない		
	夜 寝る時間： <input type="checkbox"/> おおむね決まっている（ 時 分 ごろ） <input type="checkbox"/> 決まっていない		
	テレビを見る時間	： <input type="checkbox"/> 1日 _____ 時間くらい <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> あまり見せていない	
	スマホを見る時間	： <input type="checkbox"/> 1日 _____ 時間くらい <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> あまり見せていない	
	ゲーム機で遊ぶ時間	： <input type="checkbox"/> 1日 _____ 時間くらい <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> あまりさせていない	
食事	好き嫌い： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） 食事のことで困っていることがあればお書きください		
お子様について	得意なこと、好きなこと		
	苦手なこと、嫌いなこと		
	気 に な る こ と	自傷 <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる 他害 <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる	集団参加 <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる
		パニック <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる 痙攣 <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる	多動性 <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる 衝動性 <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる
こだわり <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる		注意集中 <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる	
当施設を知った きっかけ	<input type="checkbox"/> 当施設HP <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 系列園・他園からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人・友人からの紹介 <input type="checkbox"/> 区役所から <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 小児科・専門機関からの紹介（ 機関名： _____ ）		
お子様に望むもの	★お子様に、こんな風になって欲しい、FMTでこんな風に過ごしてほしい、6ヶ月後、こんなことができてほしい、、、など、 感じていることを自由に記載ください ..... ..... ..... .....		
<<個人情報取り扱いについて>> 当施設は、問診票に記載した情報を取得・活用することにより、質の高い療育提供に努めています。そのため、ご記入いただいた内容及び個人情報は、療育に必要な範囲のみに使用し、当該利用目的以外には使用いたしません。ただし、受給者証の発行を目的として、必要に応じて協力医療機関（医療法人社団 曙光会）と、保育所等訪問支援を目的として保育園・幼稚園やその他の関連機関と情報共有を行う場合がございますので、予めご了承ください。 <input type="checkbox"/> 個人情報取り扱いについて同意する 日付 20 年 月 日 ご署名 _____			