

療育相談所『初回予約のご案内』



予約制となっております。お電話でご連絡ください。

【電話受付】

お子さまの名前、生年月日、電話番号、紹介経路、相談内容等をお訊きし初回診察日の調整をいたします。

【初回診察当日の流れ】

- ①受付 予約時間までに、1階療育相談所の受付へお越し下さい。
*完全予約制です。遅れた場合は別日に変更になることがあります。
- ②初回相談 相談員よりお子様の気になる点や生活状況などをお訊きし、今後の流れを説明します。
- ③診察 担当医がお子様の状態を把握します。

【当日の持ち物】

- 問診票 マイナ保険証（資格確認証） こども医療費助成受給券 母子手帳
- *必要に応じて、医療機関や保健福祉センターなどから渡された書類（検査結果を含む）
- *当ページ下部の「問診票」を印刷し、初診日までにご記入ください。
ご自宅での印刷が難しい場合は、療育相談所・各区保健福祉センター高齢障害支援課・健康課の窓口に配架しています。

【来所に際してのお願い】

- ・来所日当日、体調不良・風邪症状等がある場合は、対面相談・対面診療のため、別日に変更になることがあります。お心当たりがある時は事前にご連絡ください。

【その他】

- ・時間に遅れる場合や予約をキャンセルする場合は、お早目にご連絡をください。直前の変更になりますと、再度お待たせしてしまう可能性がありますので、ご了承ください。
- ・ご不明な点は、お気軽にお問合せください。



【お問い合わせ】 〒261-0003 千葉市美浜区高浜4-8-3
千葉市療育センター 療育相談所
電話 043-216-2401
月～金（平日）9：00～17：15

【療育センターへのアクセス】

- (1) JR 稲毛海岸駅（京葉線）から徒歩 10 分
- (2) JR 稲毛駅（総武線）西口 2 番乗り場から
千葉海浜交通バス
「高浜車庫」行・「稲毛海浜公園プール」行
「稲毛高校」下車徒歩 10 分

※千葉市療育センター内に駐車場はございますが、満車の場合は「第二駐車場」をご利用ください。



『千葉市療育センター』療育相談所

【療育相談所 受付の場所】 1 階左側

1. 駐車場から、建物に向かって左側の自動ドアをお入りください。
2. 左側に進んで、療育相談所の自動ドアをお入りください。



3. 左手に、療育相談所の受付があります。受付が済みましたら、お近くのソファに座ってお待ちください。



総合通園センター外来問診票

2. ご家族について

続柄	氏名(ふりがな) 同姓の場合、苗字不要	生年月日	職業、所属(幼稚園・保育所(園)・ 小学校など)、学年	同居・別居 <small>NO</small>
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居

3. お子さんについて

<p><input type="radio"/> 現在、治療されている病気はありますか？ なし ・ あり ↓ 病名() 通院している病院名() 備考</p>	
<p><input type="radio"/> 現在、飲んでいる薬はありますか？ なし ・ あり ⇒ 薬の名前()</p>	
<p><input type="radio"/> アレルギー疾患はありますか？ なし ・ あり ⇒ 当てはまるところに☑チェックをし、お書きください。 <input type="checkbox"/> 気管支喘息(歳 ヶ月から) <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎(歳 月から) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎(歳 ヶ月から) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(食品名:) <input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬名:) <input type="checkbox"/> その他()</p>	
<p><input type="radio"/> 過去に以下のような病気にかかったり、入院や手術をしたことはありますか？ なし ・ あり ⇒ けいれん・てんかん(歳、起きた回数 回、熱あり / 熱なし) その他/病気やケガ</p>	
妊娠中/出産について	<p><input type="radio"/> 妊娠中のことで、当てはまるものに☑チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 入院したことがある <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> レントゲン検査 <input type="checkbox"/> 薬の服用 <input type="checkbox"/> 飲酒の常用・喫煙 <input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> その他の病気()</p>
	<p><input type="radio"/> 出生時のことについて教えてください。 <small>お子さんが生まれた時</small> 父 歳 / 母 歳 医療機関名: _____ (里帰り出産 あり / なし) 在胎期間: _____ 週 _____ 日 身長: _____ cm 体重: _____ g 頭囲: _____ cm 胸囲: _____ cm 先天性代謝スクリーニング検査: 実施 (異常 あり なし) ・ 未実施 新生児聴覚スクリーニング検査: 実施 (異常 あり なし) ・ 未実施</p>

総合通園センター外来問診票

乳 児 期 〜 幼 児 期	<input type="checkbox"/> 当てはまるものに☑チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引・鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) <input type="checkbox"/> 分娩誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> 逆子(骨盤位分娩) <input type="checkbox"/> 多胎(双子など) <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> けいれん NO. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> NICUに入った <input type="checkbox"/> 保育器使用()日間 <input type="checkbox"/> 新生児黄疸が強かった <input type="checkbox"/> 他の異常()	
	<input type="checkbox"/> 予防接種について、受けたものに☑チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)ワクチン <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> ロタリックス・ロタテック <input type="checkbox"/> 四種混合(ポリオ・ジフテリア・破傷風・百日咳) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 二種混合(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
	<input type="checkbox"/> 乳幼児期の発達の様子を教えてください。 首のすわり()ヶ月) 寝返り()ヶ月) おすわり()ヶ月) はいはい()歳)ヶ月) 歩き始め()歳)ヶ月)	
	初めての言葉()歳)ヶ月) →→	どのような単語でしたか? _____ _____
	<input type="checkbox"/> 2語文/ふたつの単語がつながった言葉()歳)ヶ月)	
	<input type="checkbox"/> 0歳〜1歳6ヶ月過ぎの様子で、当てはまるものがあれば、☑チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 当てはまるものがない <input type="checkbox"/> 頭の大きさが(大きい / 小さい)と言われた <input type="checkbox"/> 体重がなかなか増えなかった <input type="checkbox"/> 人見知りがなかった <input type="checkbox"/> 人見知りが激しかった <input type="checkbox"/> 視線が合いにくかった <input type="checkbox"/> おとなしくて手がかからなかった <input type="checkbox"/> よく迷子になった <input type="checkbox"/> 落ち着きなく目が離せない <input type="checkbox"/> 大きな声や音に反応しなかった <input type="checkbox"/> 夜泣きがはげしかった <input type="checkbox"/> その他 心配だったこと()	
<input type="checkbox"/> 区保健福祉センターでの健診で指摘されたことはありますか? なし ・ あり ↓ (4ヶ月児健診・1歳6ヶ月児健診・3歳児健診/心理相談) どのように言われましたか _____ _____	<input type="checkbox"/> 左記以外で相談したことはありますか? 機関名() 相談内容など _____ _____	
生 活 の 様 子	<input type="checkbox"/> 現在の生活の様子で、当てはまるものがあれば☑チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 当てはまるものがない <input type="checkbox"/> お座りができない <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 興味があるものに指さしをしない <input type="checkbox"/> 言葉を喋っていたが、喋らなくなった <input type="checkbox"/> 家族や特定の人とは話すが、それ以外の人とは話さない <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しい <input type="checkbox"/> 食に興味がない <input type="checkbox"/> 食具(スプーン・フォーク・はし)が使えない <input type="checkbox"/> オムツが取れない <input type="checkbox"/> トイレに行きたがらない <input type="checkbox"/> 洗面・洗髪・歯磨きを嫌がる <input type="checkbox"/> 衣類の着脱が上手くできない <input type="checkbox"/> かんしゃくがつよい <input type="checkbox"/> 特定の音を聞くのを嫌がる <input type="checkbox"/> 集団行動が苦手 <input type="checkbox"/> 危ないことがわからない <input type="checkbox"/> その他() *現在の使用手(右・左・決まっていない)	
	<input type="checkbox"/> 睡眠時間を教えてください。 就寝(:) ~ 起床(:) 睡眠の状態をお書きください。 ()	