

- 初来初診（初診オーダー）
- 再来（長期）6ヶ月以上
（初診判断、オーダー）
- 再来（短期）6ヶ月未満

小児脳神経・言語療法内科【言語療法部門】問診票

大阪市立総合医療センター

フリガナ () (男 ・ 女)
 お子様のお名前 () (歳 ヶ月)

★診察の前に下記の点についてご記入をお願い致します。
 (母子手帳を参考に記入してください)

質問		回答欄	
(1) 本日の受診の理由	いつ頃から どのような症状	年 月 日頃から	
(2) 乳児期にミルクが鼻からもれた経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
(3) チューブによる栄養の経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (歳 ヶ月)	
(4) (3) で「ある」と答えた方はその後 口からミルクを飲んだ時期	/	(歳 ヶ月)	
(5) 「パパかいしゃ」「マンマちょうだい」 など2つのことばをつなげて言えるよう になった時期	/	(歳 ヶ月)	
(6) ことばの中に助詞（が、を、は）を 使うようになった時期	/	(歳 ヶ月)	
(7) ことばがつまる（どもる）こと	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (歳 ヶ月)	
(8) 今までに右の検査を受けた経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 聴力検査 (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 発達検査 (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 脳波検査 (歳 ヶ月)	
(9) 聞こえにくいですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	