

# 発 達 記 録

医療福祉センターさくら リハビリテーション科

この記録用紙は患者様の発達の状況を把握し、今後の指針を立てるためにご記入いただくものです。  
可能な範囲でお答え下さい。

記入年月日： 令和 年 月 日

記入者氏名： (続柄： )

フリガナ		男・女	住 所	〒	
氏 名					
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 カ月)		連絡先	自宅：	携帯：
所 属	(園名・校名)				
家 族 構 成	続 柄	名 前	生年月日	職 業	健康状態
手 帳 等	療育手帳	なし・あり	( A ・ B1 ・ B2 )		
	身体障害者手帳	なし・あり	( 級 )		
	精神障害者保健福祉手帳	なし・あり	( 級 )		

●医療情報：可能な範囲でお答えください。

(ご不明な点は初診時に医師がお聞きしますので空欄のまま結構です。)

\*障害、医療機器 他

1) 痙攣発作 有 (頻度 \_\_\_回/日 \_\_\_回/月 \_\_\_回/年)・無

最終発作 \_\_\_年 \_\_\_月頃

発作時の様子 \_\_\_\_\_

発作時の対処法 \_\_\_\_\_

2) 呼吸障害 有・無

1) 気管切開 有・無    2) 喉頭気管分離 有・無    3) エアウェイ有・無

4) 人工呼吸器 有・無    5) 酸素療法 \_\_\_L/分 (全日・夜間のみ・必要時)

3) 吸引 有 (頻度 \_\_\_回/日 \_\_\_回/時)・無

4) 吸入療法 (ネブライザー) 有・無

5) IVH (中心静脈栄養) 有・無

6) 摂食嚥下障害 有・無

1) 経口摂取 2) 経管栄養 (経鼻・胃瘻) 3) 腸ろう・腸管栄養

7) 筋緊張

低下・亢進 (過緊張のため発汗による更衣や姿勢修正が必要 およそ \_\_\_\_\_ 回/日)

8) 透析 有・無

9) 排泄機能障害 有・無

1) 導尿 (頻度 \_\_\_\_\_ 回/日) 2) 人工肛門 有・無

10) 体位変換 (頻度 \_\_\_\_\_ 回/日)

11) 感覚機能障害 有 (視覚・聴覚・他 ( \_\_\_\_\_ ))・無

12) 発語 有・無

13) シヤント 有 (V-P(脳室-腹腔)シヤント・V-A(脳室-心房)シヤント)・無

14) 褥瘡 有・無 部位 \_\_\_\_\_

15) 疼痛 (の訴え) 有・無

16) その他 \_\_\_\_\_

\*運動機能 他

1) 麻痺 有; 単麻痺 部位 \_\_\_\_\_ 片麻痺 部位 \_\_\_\_\_  
対麻痺 四肢麻痺 その他 部位 \_\_\_\_\_

2) 不随意運動 有・無

3) 関節可動域制限 有; 著明な部位 \_\_\_\_\_

4) 拘縮・変形 有; 著明な部位 \_\_\_\_\_

5) 筋力低下 有; 上肢 下肢 体幹 / 左・右・両

\*神経発達 他

1) 神経発達症 有・無

自閉スペクトラム症 (ASD) 注意欠陥多動性障害 (ADHD) 発達性協調運動症 (DCD)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2) 発達検査・知能検査の受検歴 有・無

新版 K 式発達検査 田中ビネー WISCIIIまたはIV その他 \_\_\_\_\_

検査時の年齢 \_\_\_\_\_ 歳、実施機関 \_\_\_\_\_ 結果 \_\_\_\_\_

●リハビリを行うにあたって、危険なことを避けるため、必要なことをお聞きします。

① 手術を受けられたことはありますか？

いいえ ・ はい → (「はい」の方は次にお答え下さい)

年 月 日 内容:

年 月 日 内容:

年 月 日 内容:

② 骨折や脱臼等をされたことはありますか？

いいえ ・ はい → (「はい」の方は次にお答え下さい)

(「はい」の場合、してはいけない動作・姿勢などがあれば ( ) 内にご記入ください。)

部位 (場所): ( )

部位 (場所): ( )

部位 (場所): ( )

③ プラスチックのおもちゃなど、接触性のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい → (「はい」の方は次にお答え下さい)

種類: \_\_\_\_\_

これまで他院や他施設での医師の説明や他の心理・発達検査、リハビリ、療育などを受けたことがありますか？

いいえ ・ はい → (「はい」の方は次にお答え下さい)

病院・施設名	いつごろ、どのような内容でしたか？

所有されている補装具 (車いすなど) があれば、種類・使用頻度を教えて下さい。

種類	使用頻度

発達についてお答え下さい。

首のすわり:      か月	寝返り:            か月	おすわり:        か月	はいはい:        か月
つかまり立ち:    か月	伝い歩き:        か月	独り歩き:        か月	

ことばの発達についてお答え下さい。

耳の聞こえについて：( 気になる ・ 気にならない )

難聴を病院などから指摘：( あった ・ なかった )

赤ちゃんの時「んぐんぐ」「だーだー」などの喃語：( あった ・ なかった )

初めて意味のあることば：( 歳 か月 ・ なし )

ことばの理解について：日常生活上 ( 理解できている ・ 多少理解できている ・ 理解できない )

ことばの表現について：大人の言うことに ( まねをする ・ まねをしない )

表現：( 発語がない ・ 単語 ・ 二語文 ・ 三語文 ・ 会話ができる )

コミュニケーション手段について：( ことばで表現する ・ 手を引いて伝える ・ 指さし ・ 要求しない )

生活習慣についてお答え下さい。

食事：( ひとりでできる ・ 少し介助が必要 ・ ほとんど介助する )

食欲：( ある ・ ふつう ・ ない )

間食：( 多い ・ ふつう ・ ない )

偏食：( 多い ・ ふつう ・ ない )

着替え：( ひとりでできる ・ 少し介助が必要 ・ ほとんど介助する )

排尿：( ひとりでできる ・ 少し介助が必要 ・ ほとんど介助する ・ おむつ )

排便：( ひとりでできる ・ 少し介助が必要 ・ ほとんど介助する ・ おむつ )

入浴：( ひとりでできる ・ 少し介助が必要 ・ ほとんど介助する )

生活リズム：( 規則的 ・ 不規則 )

睡眠：( 規則的 ・ 不規則 睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時間 )

遊び：( 友達と遊ぶ ・ 主に親や兄弟と遊ぶ ・ ひとりで遊ぶ ・ 遊ばない )

好きな遊びや道具・嫌いな遊びと道具

好きな遊びや道具：

\_\_\_\_\_

嫌いな遊びや道具：

\_\_\_\_\_



## 【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報については、リハビリに反映させて充実を図るためのものです。  
それ以外の目的に本情報を使用することはありません。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。