

発達相談問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 _____ 続柄 (_____)

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	ヵ月
お名前		生年月日	(西暦)	年	月	日
診察券番号						
住所						
電話番号	(自宅)	(携帯)				
園名						
学校名	支援級・通級・加配・その他 (_____)					

★現在、最も心配していること、気にかかっていること、あるいは困っていることは何ですか。

★上記の内容はいつ頃から表れましたか。

★その他の問題はありましたか。それはどのような問題でいつ頃から表れましたか。

★発達検査を1年以内に行っていますか？ (はい・いいえ)

その検査結果をお持ちですか？ (はい・いいえ)

今までに他の施設で相談されたことはありますか？ (はい・いいえ)

相談された施設があればどちらですか？ (_____)

★乳幼児健診はうけられましたか。医師や保健師に何か指摘されましたか。

* **3.4ヶ月健診** ⇒ 受けた・受けていない

・ 健診で指摘されたことはありますか ⇒ あり ・ なし

* **1歳半健診** ⇒ 受けた・受けていない

・ 健診で指摘されたことはありますか ⇒ あり ・ なし
・ 意味のある単語を発する はい / いいえ ・ 視線があう はい / いいえ
・ 指示が理解できる はい / いいえ ・ 人の真似をする はい / いいえ
・ 一人歩きする はい / いいえ ・ 積み木を積める はい / いいえ
・ 「わんわんどれ？」など尋ねると指さしをする はい / いいえ

* **3歳健診** ⇒ 受けた・受けてない ()

・ 健診で指摘されたことはありますか ⇒ あり ・ なし
・ 視線を合わせて会話ができる はい / いいえ
・ 友達とごっこ遊びや集団遊びができる はい / いいえ
・ ものの大小、長短、色（赤・青・黄・緑）理解している はい / いいえ
・ 自分の姓名を両方言うことができる はい / いいえ
・ 二語文を話すことができる はい / いいえ
・ 人に自分の気持ちを伝えることができる はい / いいえ
・ 「なぜ」「どうして」と質問をする はい / いいえ
・ 自分のものと他人のものを区別をつけることができる はい / いいえ

★幼稚園、保育園（年少～年長組の3年間）の園の生活について

- ・覚えていること、印象に残っていること、園から指摘されたことなどはありませんか

- ・運動会や発表会はみんなと並ぶことができていましたか（はい・いいえ）
- ・隣に先生がいてサポートを受けていましたか（はい・いいえ）
- ・その時の様子を教えてください

- ・小学校前で保護者が気になっていたことはありませんか

- ・今までにあてはまる様子や行動があれば○をつけてください

※その中で現在も当てはまる行動があれば◎をつけてください （複数可）

<input type="checkbox"/>	目が合いにくい	<input type="checkbox"/>	名前を呼んでも振り向かない
<input type="checkbox"/>	言葉が増えない	<input type="checkbox"/>	オウム返しが多い
<input type="checkbox"/>	一人遊びが多い	<input type="checkbox"/>	落ち着きがない
<input type="checkbox"/>	かんしゃくが多い	<input type="checkbox"/>	場面の切り替えが苦手
<input type="checkbox"/>	友達とのトラブルが多い	<input type="checkbox"/>	集団行動ができない
<input type="checkbox"/>	偏食がある	<input type="checkbox"/>	衣服・手順などにこだわりがある
<input type="checkbox"/>	音や場所に過敏なところがある	<input type="checkbox"/>	数字・マークなどよく覚えている
<input type="checkbox"/>	睡眠リズムが安定しない	<input type="checkbox"/>	スマホ・ゲームがやめられない
<input type="checkbox"/>	転びやすい	<input type="checkbox"/>	ハサミなど道具を使うことが苦手
<input type="checkbox"/>	トイレで排尿・排便できる	<input type="checkbox"/>	危険物がわかる（火・車・包丁など）
<input type="checkbox"/>	お風呂を嫌がる	<input type="checkbox"/>	表情が乏しい

★お子さんには次のような病気やけがの経験はありますか。

(該当するものを○で囲む,あるいは必要事項を記入する)

- 1) けいれん性疾患 (てんかん, 熱性けいれんなど)
 ⇒ なし あり (病名: _____)
- 2) 高熱を伴う ⇒ なし あり (病名: _____)
- 3) 視力・視覚障害 ⇒ なし あり (病名: _____)
- 4) 聴力・聴覚障害 ⇒ なし あり (病名: _____)
- 5) アレルギー性疾患 ⇒ なし あり (病名: _____)
- 6) 四肢の骨折 ⇒ なし あり (原因: _____)
- 7) 頭部外傷 ⇒ なし あり (原因: _____)
- ⇒ その際の意識障害の有無 (なし あり)
- 8) その他 ⇒ なし あり (病名・外傷名: _____)

※ご家族について教えてください

父:	歳 (実父・継父) 同居・別居 (単身赴任・離婚・死別・その他) 職業 (_____)	
母:	歳 (実母・継母) 同居・別居 (単身赴任・離婚・死別・その他) 職業 (_____)	
兄弟姉妹	歳 (男・女) (学校名または園名)	
	歳 (男・女) (学校名または園名)	
	歳 (男・女) (学校名または園名)	
	歳 (男・女) (学校名または園名)	
その他 (同居者)	歳 (続柄: _____)	歳 (続柄: _____)
	歳 (続柄: _____)	歳 (続柄: _____)

・ご家族で医療機関を受診したり、療育を受けている方はいますか。

無 ・ 有

- 続柄 (_____) 診断名 (_____) 療育 (あり・なし・以前利用していた)
- 続柄 (_____) 診断名 (_____) 療育 (あり・なし・以前利用していた)
- 続柄 (_____) 診断名 (_____) 療育 (あり・なし・以前利用していた)

ご記入ありがとうございました。

※小学生以上のお子さんの方は次のページもご記入お願いします。

前原外科・整形外科 小児科 小児科 TEL0562-92-5130

★小学生・中学生年代の様子を教えてください。

1) 好きな遊び・趣味（部活動も含む）

小学生：

中学生：

2) 学習能力（成績，得意な科目，苦手な科目など）

小学生：

中学生：

3) 友人との関係

小学生：

中学生：

4) 親子関係

小学生：

中学生：

5) 同胞（兄弟姉妹）との関係

小学生：

中学生：

6) 睡眠，食事など生活リズムの確立状況

小学生：

中学生：

7) 自信・自尊心など自己に関するイメージ

小学生：

中学生：

8) その他特記すべきこと

小学生：

中学生：
