子育て発達相談問診票

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。

★上記に対してどのような対処をしましたか。

★来院する理由をご本人に伝えてありますか。　（ はい / いいえ ）

いいえの場合、伝えてない理由を教えてください。

★今までに他の医療機関や施設への受診、相談をされたことはありますか。（はい / いいえ）

受診先：　　受診した時の年齢：　　歳

★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の場合、受診時にご持参下さい。

★就学前に通っていた・いるところ（児童発達センター・自治体の親子教室など）はありますか。

歳から　　歳まで	施設名：
歳から　　歳まで	施設名：
歳から　　歳まで	施設名：

★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。
（該当するものを〇で囲む，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）視力・視覚障害 ⇒ なし / あり（病名：
3）聴力・聴覚障害 ⇒ なし / あり（病名：
4）アレルギー性疾患 ⇒ なし / あり（病名：
5）四肢の骨折 ⇒ なし / あり（原因：
6）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 ）
7）その他 ⇒ なし / あり（病名・外傷名：

★今までにあてはまる様子や行動があれば〇をつけてください。
※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）

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

※お子さんの成長発達について教えてください。

該当するものを〇で囲む，あるいは必要事項を記入して下さい。

★胎生期（妊娠中）

1）妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症） ⇒ なし / あり

2）母親の身体疾患・外傷 ⇒ なし / あり ⇒（病名：　　）

3）母親の飲酒（アルコール摂取） ⇒ なし / あり

4）母親の喫煙 ⇒ なし / あり

5）母親の薬物服用 ⇒ なし / あり ⇒（薬品名：　　）

＊この時期で気になることはありましたか。

★新生児期（該当するものを〇で囲む，あるいは必要事項を記入する）

1）出生時体重⇒（　　g）

2）在胎期間　⇒ 満期産（37週以降42週未満）/ 37週未満 / 42週以上

3）分娩　　⇒ 正常分娩 / 帝王切開 / 吸引分娩 / 鉗子分娩

4）児の状態　⇒ 強い黄疸 / 臍帯巻絡 / 新生児仮死

その他の異常（　　）

5）栄養法　　⇒ 母乳 / 人工栄養 / 混合栄養

（母乳のみの時期はいつまででしたか：　　まで）

＊この時期で気になることはありましたか。

★乳幼児期（該当するものを〇で囲む，あるいは必要事項を記入する）

1）夜泣き　⇒ なし / あり（毎晩でしたか：はい / いいえ）

2）寝つき　⇒ よかった / 寝つきにくかった（抱っこしていなくては寝なかったなど）

3）首がすわる ⇒（　　歳　　カ月）

4）はいはいする ⇒（　　歳　　カ月）

5）初めて歩く（始歩） ⇒（　　歳　　カ月）

6）初めて言葉を発する（始語） ⇒（　　歳　　カ月）

7）二語文を使う ⇒（　　歳　　カ月）

＊この時期で気になることはありましたか。

★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

何も言われなかった / 問題を指摘された（内容：　　）

指導を受けた（内容：　　）

＊**１歳半健診**⇒受けた / 受けていない

何も言われなかった / 問題を指摘された（内容：　　）

指導を受けた（内容：　　）

・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（　　）

何も言われなかった / 問題を指摘された（内容：　　）

指導を受けた（内容：　　）

・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、保育園の園の様子

1）新しい環境に抵抗なくなじむことができた　（　はい　/　いいえ　）

2）遊び方（　何人かと一緒に遊ぶ　/　決まった子と遊ぶ　/　一人が多い　）

3）運動会、発表会の様子で気になったことはありましたか　（　はい　/　いいえ　）

はいの場合は具体的にご記入ください。

4）クラスの人数・先生の人数・園の方針についてわかる範囲でご記入ください。

お子さんのクラス人数　　名　　担任の人数　　名

担任以外でクラスに入っている先生の人数　　名

園の方針について　（例）縦割り保育、自然の触れ合いを大切にしている、行事が多いなど

5）印象に残っていること、園から指摘されたことがあればご記入下さい。

★学校での様子（就学後の方のみご記入下さい。）

1）友達について（　沢山いる / 多くはないがいる / 少ない / 一人でいることが多い　）

2）成績について（良い / 普通 / 良くない / 得意不得意の差が激しい）

3）出席について（出席できている / 休みがち / 遅刻早退がある）

4）その他気になることをご記入下さい。

★現在の生活について

1）平日の過ごし方　（楽しく過ごしている / 問題行動がある / その他）

気になることがある場合具体的にご記入ください。

2）睡眠（しっかり眠る/寝つきが悪い / 朝起きられない / 眠りが浅い）

困っていることについて具体的にご記入ください。

3）食事について　好き嫌いがある　　（　はい　・　いいえ　）

好き嫌いを含め、その他気になることを具体的にご記入ください。（例：時間がかかるなど）

4）着替えについて

特定の服ばかり着る、服を着たがらないなど気になることがある場合具体的にご記入ください。

5）入浴について　　お風呂はすきですか。　（　はい　・　いいえ　）

お風呂をとても嫌がる、顔に水がかかるのが嫌いなど困っていることがある場合具体的にご記入ください。

6）外出はしますか。　　（ 問題ない / 出たがらないが誘えば出かける / 外出しない ）

気になることがある場合具体的にご記入ください。

7）好きな遊びについて具体的に教えてください。

8）音・痛み・光に敏感または鈍感と思うことはありますか。　　（　はい　・　いいえ　）

はいの場合、具体的に教えてください。

9）その他気になることや、困りごとをご記入下さい。

※ご家族について教えてください。

1)家庭の雰囲気（　にぎやか　/　静か　/　明るい　/　暗い　/　喧嘩が多い　）

（その他　　）

2）子育てに関して意見の食い違いはありますか。　（　はい　/　いいえ　/　その他　）

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）

★ご家族をサポートしてくれる人や相談できる人はいますか（ はい ・ いいえ ）

具体的に教えてください

★ご家族に以下の病気等の方がおられましたか

□ひきつけやけいれん　□てんかん　□運動発達の遅れ　□精神発達・ことばの遅れ

□自閉症　□ADHD　□限局性学習障害（書字・読字障害）

□脳性まひ　□視覚障害　□聴覚障害　□糖尿病　□腎臓病　□心臓病　□膠原病

□低身長　□高身長　□精神疾患（躁病・うつ病・統合失調症）

□その他の神経疾患　□早くに亡くなった方

ご記入ありがとうございました。

前原外科・整形外科　小児科
小児科　TEL0562-92-5130