

小児科外来 発達問診票

来院日:	年 月 日	記入者:	続柄:
受診者	フリガナ	生年月日(西暦): 年 月 日	
	名前	(男・女)	
	住所	都・道・府・県	市・町・村
	(自宅・施設()・その他())		
所属: 公立・私立 保育園・幼稚園・小学校・中学校()			
その他()			
当院を知ったきっかけ: <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 市役所の紹介 <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページやネット検索			
<input type="checkbox"/> 医療機関の紹介(紹介元:) <input type="checkbox"/> その他()			

[1] 受診のきっかけ・相談したい内容についてお教え下さい。(いつごろから、どういった点)

()年()月頃 医療機関名() 診断・方針()

気になる点や症状がありましたらご記入ください。

()

[2] 過去にお子様の発達及び身体疾患で他院にご相談されたことはありますか？(あり・なし)

※ありの場合は、ご記入をお願いします。

病院・施設名	診療・療育期間	治療・療育内容
	年 月 ~ 年 月	
	年 月 ~ 年 月	
	年 月 ~ 年 月	

[3] これまでに発達検査を受けた事はありますか？(あり・なし)

※ありの場合は、ご記入をお願いします。結果をお持ちでしたら問診票と一緒に提出してください。

()年 月 実施場所 _____)

()年 月 実施場所 _____)

()年 月 実施場所 _____)

[4] 同居の家族構成をお教えてください。

父()歳: 職業()・母()歳: 職業()

兄弟()歳(男・女)、()歳(男・女)、()歳(男・女)、)

父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・その他()

親族の方で発達等での困りごとや支援を受けたことのある方はいますか？(あり・なし)

[5] 発達経過についてお教えてください。

出生週数()週 日)・出生体重()g

首がすわる()か月)・お座り()か月)・ハイハイ()か月)・指差し()歳 月)・

つかまり立ち()歳 月)・一人歩き()歳 月)

意味のある言葉を発する()歳 月)・二語文()歳 月)

乳児健診や、1歳半・3歳半健診で発達についての指摘はありましたか？(あり・なし)

※ありの場合は、ご記入をお願いします。

[6] これまでの通園・通学などの状況についてお教えてください。

期 間	通園・通学先 / (加配対応・支援級利用の有無)
年 月 ~ 年 月	(有・無)
年 月 ~ 年 月	(有・無)
年 月 ~ 年 月	(有・無)

[7] お子様の性格や特徴について過去から現在に至るまで当てはまる所にチェックしてください。

落ち着きがない、または体のどこかを絶えず動かしている	あり	なし
気が散りやすい・集中ができない		
かんしゃくやパニックを起こしやすい		
伝えた言葉をオウム返しのように話す		
人見知りや、場所見知りが強い		
視線が合わない		
言葉が遅い		
繰り返しても覚えられない		
順番を待てない		
同じ動作を繰り返す		
急な予定変更が苦手		
伝えたいことがうまく伝わらない		
過敏な反応 (音・光・感触)		
こだわりが強い		
他の子どもと一緒に遊べない		

[8] 学習について以下の当てはまるところにチェックしてください。

- 著しく遅れている (まったくついていけない) 遅れている (ついていくのが大変)
 遅れていない

[9] 読み書きに対して以下に当てはまるところにチェックしてください。

- 字を読むのを嫌がる 字を書くのを嫌がる
 長い文章を読むと疲れる 文章を書くことを嫌がる
 文章を読むのに時間がかかる 字を書くのに時間がかかる
 早く読めるが、理解していない 早く書けるが、雑である
 当てはまることなし

[10] その他、気になることがありましたらご記入ください。

[