問診票（発達相談用）

ふりがな

お名前（　　）　性別（男・女）

生年月日　昭和・平成・西暦（　　）年（　　）月（　　）日　満（　　）歳

〒　　-

住所：

自宅TEL：

日中の連絡TEL：　　本人・母・父・その他（　　）

ご連絡時にクリニック名を申し上げてよろしいですか？　はい・いいえ

在籍学校・園名：　　□通常級　　□支援級　　□通級

就学前に通園（療育センター・保健所など）していましたか？　はい・いいえ

現在の身長　　cm　　体重　　kg

◎家族構成についてご記入ください。

ご本人との関係	名前	年齢（学年）	職業（学校名）	同居
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無

◎今困っていること・相談したいことはどんなことですか。具体的にご記入ください。

◎それはいつ頃から始まり（気づき）、どのように対応されましたか。

◎今回、当院での診療に一番期待していらっしゃることを教えてください。

診断・心理発達検査・お薬の処方・心理カウンセリング・療育相談・言語訓練・キャリアカウンセリング・生活カウンセリング・　グループセラピー　・　その他（　　）

◎当院をどのようにお知りになられましたか？

紹介（紹介元：　　）、ホームページ、その他（　　）

＊生活背景を把握して診療に役立てるために、一部立ち入ったご質問もございます。ご了承ください。

◎妊娠中の様子についてお聞きします。

＊蛋白尿　なし・あり（　　ヵ月）　＊むくみ　なし・あり（　　ヵ月）

＊高血圧　なし・あり（　　ヵ月）　＊切迫流産　なし・あり（　　ヵ月）

＊切迫早産　なし・あり（　　ヵ月）

＊ひどいつわり　なし・あり（　　ヵ月～　　ヵ月）

＊その他　なし・あり（　　ヵ月）内容（　　）

◎出産時の様子についてお聞きします。

在胎　＿＿週＿＿日　出生体重＿＿＿＿＿g

新生児仮死　なし・あり（内容：　　）

保育器の使用　なし・あり（期間：　　）

哺乳の異常　なし・あり

重症の黄疸　なし・あり（治療：　　）

その他の出産時の異常　なし・あり（内容：　　）

◎０歳～の発達についてお聞きします。

首のすわり　　ヵ月　おすわり　　ヵ月　はいはい　　ヵ月

歩き始め　　ヵ月　言葉の出始め　　ヵ月（内容：　　）

▼1歳になる前のお子さまの様子について、当てはまるものに○をつけてください。

1　人のいる方向に顔を向けなかった……　はい・いいえ

2　母を視線で追わなかった……　はい・いいえ

3　母の顔を見ても笑顔を見せなかった……　はい・いいえ

4　人見知りをしなかった……　はい・いいえ

5　人見知りが激しかった……　はい・いいえ

6　あやしても喜ばなかった……　はい・いいえ

7　音がしても知らんふりをしていた……　はい・いいえ

8　おとなしくて手がかからない子だった……　はい・いいえ

9　他人の介入を嫌がり、一人の時の方が機嫌がよかった……　はい・いいえ

10　抱きにくく、抱かれにくい子だった……　はい・いいえ

11　オツムテンテンなどの真似をしなかった……　はい・いいえ

12　おもちゃへの興味が少なかった……　はい・いいえ

13　睡眠が不規則だった……　はい・いいえ

14　かんの強い子だった……　はい・いいえ

15　喃語（「ママ」などの赤ちゃん言葉）が少なかった……　はい・いいえ

◎保健センター等での健診についてお聞きします。

＊3ヵ月健診：

何も言われなかった・問題を指摘された（内容：

＊1歳６ヵ月：

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：　　）

＊3歳児健診：

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：　　）

◎幼児期の様子についてお聞きします。

＊親から平気で離れた　　なし・あり（　　歳頃）

＊よく迷子になった　　なし・あり（　　歳頃）

＊目が合わなかった　　なし・あり（　　歳頃）

＊名前を呼んでも振り向かなかったり無視したりした　なし・あり（　　歳頃）

＊言葉が遅い・なかなか増えないと思った　　なし・あり（　　歳頃）

＊独り言が多い　　なし・あり（　　歳頃）

＊オーム返しが多かった　　なし・あり（　　歳頃）

＊ミニカーなどを一列に並べた　なし・あり（　　歳頃）

＊奇妙な動作（つま先立ち・こまのように回る・体を揺する・手をかざす等）があった

なし・あり（　　歳頃）

＊こだわりやすい傾向があった（道順・物の位置・数字・マーク、特定の動作や手順等）

なし・あり（　　歳頃）

＊幼児期に多動傾向（落ち着かない・興味のあるところへ突進してしまう等）があった

なし・あり（　　歳頃）

◎今までかかったことのある病気などについてご記入ください。

①　　歳（　　）　　②　　歳（　　）

＊食物/お薬のアレルギーはありますか？　なし・あり（内容：　　）

＊ひきつけ　　なし・あり（時期・内容：　　）

＊頭部外傷　　なし・あり（時期・内容：　　）

＊利き手　　右利き・左利き　　＊利き手矯正　　なし・あり

＊初潮　　未・　　歳（月経　　規則正しい・不規則）

＊その他　（　　）

◎今まで他の医療機関や相談機関に相談されたことがありますか。　　はい・いいえ

・　　歳（機関名：　　担当者：　　）

（指導や治療の内容・結果：　　）

・　　歳（機関名：　　担当者：　　）

（指導や治療の内容・結果：　　）

・　　歳（機関名：　　担当者：　　）

（指導や治療の内容・結果：　　）

◎次の検査を受けたことがありますか。

＊脳波検査　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊CT・MRI　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊知能検査　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊心理検査　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊その他（　　）なし・あり（　　歳）

（結果：　　）

◎転居・転校についてお聞きします。場所・転校の有無・年齢を記入してください。

（例）場所：××市→△△市・転校：なし・2 歳

① 出生地 _____

② 場所：　　➔　　転校：　　年齢：　　歳

③ 場所：　　➔　　転校：　　年齢：　　歳

④ 場所：　　➔　　転校：　　年齢：　　歳

◎集団場面での様子についてお聞きします。

幼稚園・保育園（どちらかに○をつけてください）：_____歳から通った。

＊集団行動は・・・できた・できなかった　＊友人は・・・いた・いなかった

＊問題は・・・なかった・あった

問題の内容：

学校名

（　　）小学校へ通い、大きな問題は（なかった・あった）。

問題の内容：

◎成績は□上位　□中位　□下位

◎学習において極端に苦手なものがあればチェックしてください。

□書字　□音読　□漢字　□作文　□文章問題の理解　□計算　□運動（手先の器用さを含む）

◎登校状況はいかがでしょうか？　□毎日登校　□遅刻・早退多い　□時々休む　□不登校

□保健室・適応指導教室・フリースクールへの登校

◎学校の先生からはどのようなお子さんと言われていましたか？

（　　）

学校名

（　　）中学校へ通い、大きな問題は（なかった・あった）。

問題の内容：

◎成績は□上位　□中位　□下位

◎学習において極端に苦手なものがあればチェックしてください。

□書字　□音読　□漢字　□作文　□文章問題の理解　□計算　□運動（手先の器用さを含む）

◎登校状況はいかがでしょうか？　□毎日登校　□遅刻・早退多い　□時々休む　□不登校

□保健室・適応指導教室・フリースクールへの登校

◎学校の先生からはどのようなお子さんと言われていましたか？

（　　）

学校名

（　　）高校へ通い、大きな問題は（なかった・あった）。

問題の内容：

◎成績は□上位　□中位　□下位

◎学習において極端に苦手なものがあればチェックしてください。

□書字　□音読　□漢字　□作文　□文章問題の理解　□計算　□運動（手先の器用さを含む）

◎登校状況はいかがでしょうか？　□毎日登校　□遅刻・早退多い　□時々休む　□不登校

□保健室・適応指導教室・フリースクールへの登校

◎学校の先生からはどのようなお子さんと言われていましたか？

（　　）

学校名

（　　）大学・短期大学・専門学校へ通い、大きな問題は（なかった・あった）。

問題の内容：

◎成績は□上位　□中位　□下位

◎履修状況はいかがでしょうか？　□問題ない　□留年・休学あり　□不登校　□単位取得が困難

企業名

（　　）に就職し、大きな問題は（なかった・あった）。

問題の内容：

以上です。お疲れ様でした。いまいちど、記入漏れがないかご確認くださり、よろしければ初診当日に直接受付へ提出されるか、下記までＦＡＸしてください。

本内容は診療以外の目的に使用しません。

はやかわこころのクリニック一社　FAX 052-704-5562