

問診表

ふりがな お名前	生年月日 西暦 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)
ご住所 〒(一)	電話番号 (一 一) 携帯番号 (一 一)

※以下の項目について。おわかりになる範囲でご記入下さい。

所属している保育園・幼稚園・学校名 :	学年 :
1. 今日はどのようなことで受診されましたか。 上記のことについて、いつから、どのような症状がありますか。 当科でお受けになりたいものがあれば教えてください。	
2. 上記に関わることについて、これまでに他の医療機関・相談機関にかかったことがありますか。 どこで: 年 月～ 歳頃 内容 : どこで: 年 月～ 歳頃 内容 : どこで: 年 月～ 歳頃 内容 :	
3. 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。 年（歳）から 年（歳）まで どこに : 年（歳）から 年（歳）まで どこに : 年（歳）から 年（歳）まで どこに :	

4. 障害者手帳をお持ちですか？（持っていない・持っている）

療育手帳（　）級（　年　月　日）発行

精神障害者保健福祉手帳（　）級（　年　月　日）発行

身体障害者手帳（　）種（　）級（障害名：　　）

5. お母様が妊娠中に異常を指摘されたことや、病気、ケガ、不安・ストレスなどありましたか。

なし・あり：妊娠高血圧症候群 切迫流・早産 薬物使用 飲酒 喫煙 Rh 不適合

その他（　　）

6. 乳児期の栄養について教えてください。

哺乳（母乳・人工・混合） 吸いつき（良好・普通・弱い）

その他、困ったことがあれば記載してください。（　　）

7. 発達の様子について、母子手帳を見てご記入ください。

微笑む：　ヶ月　ものを目で追う：　ヶ月　欲しい物に手を伸ばす：　ヶ月

首のすわり：　ヶ月　おすわり：　ヶ月　独り立ち：　ヶ月

一人歩き：　ヶ月　人見知り：　ヶ月頃・・・ほとんどない・普通・ひどい

指さしをする：　ヶ月　意味のある単語：　ヶ月　二語文：　ヶ月

排泄自立　日中の排泄（　歳　ヶ月）　排便（　歳　ヶ月）

夜泣き　ない・ある・ひどい（時期：　　）

8. 健診で何か問題を指摘されましたか。

3ヶ月健診（　　）　10ヶ月健診（　　）

1歳6ヶ月健診（　　）　3歳児健診（　　）

その他の健診（　　）

9. （女児のみ）月経はありますか。　未・あり（順・不順）　（初潮年齢　歳）

10. これまでに以下の病気やクセはありましたか。

熱性けいれん てんかん ぜんそく 頭部外傷 チック 爪かみ

指しゃぶり 吃音・どもり 乳児期以降の夜泣き ひどい寝ぼけ

小学生高学年以降も続く夜尿

11. 上記以外にかかった病気、治療した病気、ケガや手術歴がありますか。

歳 内容：

歳 内容：

歳 内容：

歳 内容：

〈家族背景〉

12. ご家族・ご親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 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 その他の神経疾患 早くに亡くなった方

突然死 流産の繰り返し 自殺 長期にわたる不登校やひきこもり

血族婚（いとこなど血のつながりのある同士の婚姻）

〈生育歴・学歴〉

13. ご本人が生まれたときどちらに住んでいましたか。

（　　）都・道・府・県 （　　）市・区・町・村

その後、引っ越しをされましたか。

年 月（　歳）（　　）都・道・府・県 （　　）市・区・町・村

年 月（　歳）（　　）都・道・府・県 （　　）市・区・町・村

14. 教育についてお聞きします。

普通学級

(補助教員) 通級指導教室併用

小・中学校 年から

小・中学校 年まで 特別支援 学級

(知的・情緒)

小・中学校 年から

小・中学校 年まで 特別支援学校

小・中・高等部 年から

小・中・高等部 年まで その他

()

得意科目： 苦手科目：

成績： 上・中・下 運動： 得意・普通・苦手

部活動： 習いごと：

15. 塾や習いごと、スポーツ少年団などの活動があればご記入ください。現在やめていても以前長期にやっていた習いごとがあればご記入ください。

16. 集団生活についてお聞きします。保育園・幼稚園・学校での問題であてはまるものがあればチェックをしてください。

保育園・幼稚園・学校に行かない。 対人関係がうまくいかない、友達ができない。

集団行動ができない。 学校でいじめられる。

勉強が遅れている、授業についていけない。 学校で暴力・暴言がひどい、級友をいじめる。

集団生活、対人関係（家族以外の大人や子どもとの関わり）で心配なことがあればお書きください。

17. お子さんの行動で、これまでに当てはまっていたものに○をつけてください。

出生から 1歳半まで

視線が合わなかつた あやしても笑わなかつた 抱っこされても抱きつかなかつた

イナイイナイバーをしても関心を示さなかつた 人見知りをしなかつた 人見知りが強かつた

有意味語（マンマ、ワンワンなど）がなかつた 大きな音や声にも反応しなかつた

夜泣きが激しかつた

1歳半から 3歳まで

動きすぎるとこがあつた 母親に甘えることが少なかつた 母親が見えなくても平気で遊んでいた

興味があると母親から離れていく名前を呼んでも振り返らなかつた 一人で居るほうが機嫌が良かつた

他の子どもに関心がなかつた オツムテンテン、バイバイなどの真似をしなかつた

指さしした方向と一緒に見ようとしなかつた 「ちょうどい」に応じなかつた

簡単な会話（例：ぼくおなかがすいた）ができなかつた。 小さな音にも敏感だつた

身体に触られることを嫌がつた

22. これまでに、養育者の育児不安、ゆううつ、悩みなどで、育児に支障がでることがありましたか。

ご自由に記入ください。

ありがとうございました。記入が終わりましたら、受付にお渡し下さい。