

発達・こどものこころの相談 問診票

※今回の受診にあたりあらかじめお伺いいたします。該当するものには○、必要なところは文章でお答えください。受診者、ご家族についてもお聞きします。発達やこころの相談は、ご家族についての情報も重要だからです。しかし、プライバシーに関する事なので、お答えにくい場合は受診時に口頭でも構いません。

来院日： 年 月 日 記入者： 続柄：本人・父・母・その他（ ）	
初診時に来院された方を○で囲んでください： 本人・父・母・その他（ ）	
受診者	フリガナ 生年月日：平成 年 月 日（ 歳 ヶ月）
	氏名 (男・女)
	住所 都・道・府・県 市・区・町・村 (自宅・施設（ ）・その他（ ）)
	通われている学校又は幼稚園（保育園）名前を教えてください。 () 支援級ですか (はい・いいえ)
	保育園・幼稚園での様子を教えてください。 ()
	※手帳をお持ちでしたらご記入ください。 身体障害者手帳： 種 級 療育手帳：A1・A2・B1・B2 精神障害者保険福祉手帳： 級

□家族構成についてお答えください。

続柄	年齢	性別	所属（職業・学校・同居・別居・離婚）・その他

【1】 ご家族で精神科や神経科へ通院歴・入院歴のある方はいますか。

いる (入院・通院) ・ いない

(続柄： 病名：)

□今回、来院した目的・相談したい内容を詳しくお書きください。

--

□受診者さまの悩み・相談についてこれまで他の機関に相談したことがありますか？

①現在も通院中 (はい ・ いいえ)

②以前、相談したことがある (はい ・ いいえ)

①, ②どちらかに「はい」に○がついた方は下記に記入ください。

時期:()機関名:()内容:()

時期:()機関名:()内容:()

□出生時の様子についてお尋ねします。

出生 : _____ 週 _____ 日 _____ 出生体重 : _____ g

正常分娩, 帝王切開, 骨盤位分娩 (逆子), 多胎 (双子など),

その他の異常 (_____)

保育器の使用 (なし・あり) (_____ 日間) 黄疸 : 普通・強かった

□お母さまの妊娠中の時のことについてお聞きします。

妊娠高血圧症 (妊娠中毒症), 切迫流産, 感染症 (_____), Rh 型不適合, レントゲン検査, 薬物服用 (_____), アルコール常用, 禁煙, その他 (_____)

□乳幼児健診で指摘を受けたことはありますか？

1 歳 6 ヶ月健診	
3 歳 健 診	

□生育歴についてお答えください

首の座り :	_____ ヶ月	寝返り :	_____ ヶ月	お座り :	_____ ヶ月	はいはい :	_____ ヶ月
一人歩き :	_____ ヶ月	人見知り :	_____ ヶ月	喋り始め :	_____ ヶ月	指差し :	_____ ヶ月
二語文 :	_____ ヶ月						

ことばの発達について気になることがありましたら、ご記入ください。

生活についてお答えください。

食事：(一人でできる ・ お手伝いが必要)

食事内容：(偏食がある ・ 間食する ・ 食欲がない)

着替え：(一人でできる ・ 手伝いが必要 ・ 一人で出来るが全てはできない (ボタン等)

睡眠：(起きる時間 時 分 ~ 寝る時間 時 分)

排泄：(一人で出来る ・ 手伝いが必要 ・ おむつ)

習い事又は療育施設に通っていますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方 (週 回・習い事/療育施設名)

習い事/療育施設での様子を教えてください ()

ご家庭のことについてお答えください。

ご兄弟の発達が気になることはありますか (はい ・ いいえ)

内 容 ()

現在、ご家族で抱えている心配事、悩みはありますか。(はい ・ いいえ)

内 容 ()

現在、服薬している薬、治療中の病気などがありますか。 (はい ・ いいえ)

病名 () 時期 ()

機関名 () 服薬中の薬 ()

その他、気になることがありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。