

発達外来 初診問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

お子さんのお名前 _____

男 ・ 女 _____

記入された方のお名前 _____

1. 受診のきっかけ、今困っていることについてお教えてください。

2. 出生時のことについてお教えてください。

在胎週数 _____ 週 出生時体重 _____ g 仮死 _____ あり ・ なし

3. 今までの発達の経過についてお教えてください。

首のすわり _____ カ月 寝返り _____ カ月 おすわり _____ カ月

はいはい _____ カ月 歩き始め _____ カ月

4. 今までにかかったことのある病気についてお教えてください。

けいれん（発熱あり ・ 発熱なし）

その他 _____

5. 乳幼児健診で指摘されたことがあればお教えてください。

4 カ月健診 _____

後期健診 _____

1 歳 6 カ月健診 _____

3 歳 6 カ月健診 _____

6. これまでの保育（加配対応の有無も）・療育・通学先（通級・特別支援学級/学校）についてお教えてください。

年 月 ～ 年 月 _____

年 月 ～ 年 月 _____

年 月 ～ 年 月 _____

7. これまでに受診された医療機関・診療内容について教えてください。

医療機関

診療内容

年 月～ 年 月 _____

年 月～ 年 月 _____

年 月～ 年 月 _____

8. ご家族について教えてください。

ご家族構成

お名前	続柄	年齢

ご家族で幼少期に言葉の遅れや多動など指摘された方はおられますか？

なし

あり _____

9. 行動に関して教えてください(○をつけてください)。

	よくあてはまる	少しあてはまる	あてはまらない
視線が合いにくい			
他の子どもが苦手である			
指さしをしない			
オウム返しの返答が多い			
聞いたことをそのままねして繰り返す			
特定の感触の物が好きである			
くるくる回るものを見るのが好きである			
物を横目で見たり極度に近づけて見る			
物を並べる遊びが好きである			
つま先で歩くことがある			
抱っこされるのを嫌がる			
身体に触られるのを嫌がる			
普段と違うスケジュールだと混乱する			
偏食が激しい			
特定の音を嫌がる			
痛み・熱さに敏感あるいは鈍感である			
急に泣いたり怒ったりする			
自分が傷つく行為をする			