

# 発達外来 初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ お名前  (男・女)	生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 カ月)	身長 cm	体重 kg
		(クリニック記入欄)		
ご住所	〒			
	自宅電話			
	携帯電話(父・母)			

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・診療内容についてお教えてください。

医療機関		診療内容
年 月～	年 月	_____
年 月～	年 月	_____
年 月～	年 月	_____

8. ご家族についてお教えてください。

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. 行動に関してお教えてください(○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			