

発達専門外来 問診票

ご本人のお名前		性別	男・女	生年月日	年 月 日
ご所属	幼稚園・保育所			園での加配の先生 (個別サポートの先生)	有・無
ご連絡先 ※連絡のつきやすい お電話番号		ご連絡 可能な 時間帯	午前 午後 希望なし その他()		
ご住所	〒				

ご家族構成 ■ 同居家族について

お名前	年齢	続柄	就学、就労状況	健康状態

これまでの相談歴 ■ 心理検査、知能検査、発達検査 など

いつ頃	利用していた機関	受けられた発達検査・知能 検査の名称	検査の数値やフィードバックについて
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

ご相談内容について

いつ頃から、どのようなことがあったのか、簡単にお書きください

発育・発達歴について

お腹にいた期間(週) 妊娠期の問題 (無・有⇒具体的に:)

出産時について (正常分娩・帝王切開・促進剤使用・その他⇒具体的に:)

出生時体重(g) 身長(cm) 断乳の時期(カ月)

首の座り(カ月) 寝返り(カ月) ハイハイ(カ月) 一人歩き(カ月)

初めて意味のある言葉をしゃべった(始語: カ月) 言葉が繋がる(二語文: カ月)

健診で気になったこと(指摘されたこと)

・1歳半健診() ・3歳半健診()

※ 裏面に続きます

行動面について ■ 下記のような行動があれば○をつけてください

言葉について	コミュニケーション	行動について		身体感覚について
言葉が出ていない	視線があわない	かんしゃくがある	落ち着きがない	特定の音を嫌がる (大きな音、こどもの声、救急の車のサイレンなど)
言葉が増えない	一方的に話すことが多い	こだわりが強い	よく迷子になる (目が離せない)	特定の素材を嫌う
発音が聞き取りづらい	ひとり遊びが好き	初めてのことが苦手 (場所、行事、食べもの)	すぐに手が出る (友達を叩く、物を投げる)	においに敏感
指示を理解していない	人見知りが激しい	自分を傷つける行動がある (手を咬む、頭を壁に打ち付けるなど)	待つことが苦手	偏食がはげしい
年齢相応の会話が續かない	誰彼構わず話しかける	おもちゃを並べる遊びに没頭する	言われたことをすぐに忘れる	手が汚れるとすぐに拭きたがる

行動面について、具体的なことがあればお書きください

日常生活について ■ 下記のような行動があれば○をつけてください

自宅での様子について				
ご飯のときに椅子から立ち上がってしまう	同じ失敗を繰り返す	伝えたことの意味が伝わっていない	寝つきが悪い	パニックになることがある
注意をしてもきかない	危ない行動が目立つ	こだわりが強く、日常生活に支障が出ている	気持ちの切り替えが苦手	夜泣きが多い

自宅での様子について、具体的なことがあればお書きください

保育園・幼稚園の様子について

集団行動が苦手	イベントに参加できない	お友達とトラブルがある	お友達と遊べない	制作活動が苦手
先生からの指示にそって行動することが苦手	朝行き渋りがある	担任の先生から「気になることがある」と言われた	予定が変わるとついていけない	給食が食べられない

保育園・幼稚園での様子について、具体的なことがあればお書きください

今回の受診で病院にのぞむこと ■ こんなことを知りたい、ご希望、病院への期待 など

記入日 年 月 日

ご協力ありがとうございました。予診票をもとにしながら、医師が診察します。書ききれなかった内容などございましたら、診察の際に担当医師にお伝えください。