

## 児童問診票

問診票はできるだけ詳しく記入して頂けると初診がスムーズに進みます。  
ご協力頂きますと幸いです。

お子様のお名前	フリガナ	男・女
保険証記載のお名前	(保険証と上記のお名前が異なる方の場合)	国籍:
生年月日	平・令 年 月 日( 歳 ヶ月)	言語: 日本語・英語・ その他( )
住所	〒 ー	
電話番号	自宅( ー ー ) 携帯( ー ー )	

### ◆手帳について

精神障害者保健福祉手帳 有 ( 級 年 月 所得) ・ 無

療育手帳 有 ( 級 年 月 所得) ・ 無

### ◆ご家族について

お父様のお名前	フリガナ	ご職業:
生年月日	昭・平 年 月 日( 歳)	国籍:
携帯電話	ー ー	
メールアドレス		言語: 日本語・英語・ 他( )

お母様のお名前	フリガナ	ご職業:
生年月日	昭・平 年 月 日( 歳)	国籍:
携帯電話	ー ー	
メールアドレス		言語: 日本語・英語・ 他( )

◆現在同居されている方について

氏名	年齢	お子様との続柄	職業・学校	健康状態／病気の有無
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			

◆これまで受診された医療機関

医療機関名	診療期間	入院・外来	診断名	主な療法
	年 月 日～ 年 月 日	入院・外来		
	年 月 日～ 年 月 日	入院・外来		
	年 月 日～ 年 月 日	入院・外来		
	年 月 日～ 年 月 日	入院・外来		
	年 月 日～ 年 月 日	入院・外来		
	年 月 日～ 年 月 日	入院・外来		

◆これまでの心理検査や発達検査

評価機関	検査の種類	検査実施日
		年 月 日( 歳 ヶ月)
		年 月 日( 歳 ヶ月)
		年 月 日( 歳 ヶ月)

※検査結果の控えをお持ちでしたら、本問診票と一緒にご提出ください。

◆お子様の成長発達について

お母様の出産年齢: _____ 歳 詳細な妊娠中・出産後の状況を下記に詳しく書いてください。 (例: 出産時の問題や精神的な問題、お酒やタバコの摂取など)	
ご出産状況について お産の形式 : _____ 在胎週数 : _____ アプガースコア: _____	
発達の経過について 首がすわる _____ 歳 _____ ヶ月      指さし _____ 歳 _____ ヶ月 寝返りする _____ 歳 _____ ヶ月      初語 _____ 歳 _____ ヶ月 お座りする _____ 歳 _____ ヶ月      (初めて発した言葉: _____) ハイハイする _____ 歳 _____ ヶ月      二語文 _____ 歳 _____ ヶ月 つかまり立ちする _____ 歳 _____ ヶ月      人見知り _____ 歳 _____ ヶ月 一人で立てる _____ 歳 _____ ヶ月 一人で歩く _____ 歳 _____ ヶ月	

1歳児検診で何か指摘されましたか (はい・いいえ)  
 はいと答えた方➡具体的な内容: \_\_\_\_\_  
 3歳児検診で何か指摘されましたか (はい・いいえ)  
 はいと答えた方➡具体的な内容: \_\_\_\_\_

◆お子様の健康について

これまでに病気にかかったことはありますか (はい・いいえ)  
 はいと答えた方➡具体的な内容:

---

これらの検査を受けたことはありますか?  
 ①視力検査( 年 月) 結果:  
 ②聴力検査( 年 月) 結果:  
 ③脳波検査( 年 月) 結果:

---

アレルギーをお持ちですか? (はい・いいえ)  
 具体的な内容:  
 食事に関して(偏食、食べる量が少ない、食べ過ぎてしまうなど)

---

睡眠について(夜眠らない、早朝覚醒など)  
 入眠時間( : )起床時間( : )

---

現在お薬を服用していますか? (はい・いいえ)  
 お薬の名前と量:

◆お子様の社会性や遊びについて

興味のある遊びについて

---

友人関係について  
 人数: 年齢幅:  
 友人とはどのような遊びや関わり方をしていますか?

---

課外活動には参加されていますか?

◆これまでのご所属(幼稚園、保育園、療育通園、学校、大学など)

通園施設名・学校名	種別 (普通学級・特別支援学級・特別支援学校)	場所・国	学年	年齢	サポート体制 (加配、通級など)	指導言語

◆当院受診のきっかけ

ホームページを見て・他の医療機関や相談機関からの紹介・知人からの紹介・その他( )  
ご紹介者のお名前:

当院を受診された理由、ご相談されたい内容について具体的に教えてください。

学校生活で心配なことはありますか？(成績、忘れ物、いじめなど)

---

---

---

診療や発達相談にあたり、特に配慮が必要な事項がありましたら事前にお教えてください。

---

---

---

当院で受けてみたいサービスなどございましたらお教えてください。

- 心理検査 \_\_\_\_\_
- カウンセリング・発達相談・療育 \_\_\_\_\_
- 医療・内服治療 \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。

ご署名: \_\_\_\_\_

お子様との関係: 父・母・その他( )