

児童問診表

問診票はできるだけ詳しく記入していただくと初診がスムーズに進みます。ご協力いただくと幸いです。

記入日： 年 月 日

お子様の お名前	フリガナ	男・女
		国籍：
生年月日	昭・平・令 年 月 日（ 歳 ヶ月）	言語： 日本語・英語・他（ ）
住所	〒 -	
電話番号	自宅（ - - ）	

精神障害者手帳	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・令 年 月 日（ 歳）	国籍：
携帯電話		
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・令 年 月 日（ 歳）	国籍：
携帯電話		
メールアドレス		話す言語： 日本語・英語・他（ ）

現在同居されている人について				
氏名	年齢	お子さんとの続柄	職業・学校	健康状態/病気の有無

これまで受診された医療機関

病院・施設名	外来・入院	診療または療育期間	診断名・治療・療育内容
	外・入	年 月 日～ 年 月 日	
	外・入	年 月 日～ 年 月 日	
	外・入	年 月 日～ 年 月 日	
	外・入	年 月 日～ 年 月 日	
	外・入	年 月 日～ 年 月 日	
	外・入	年 月 日～ 年 月 日	

これまでの心理検査や発達検査

評価機関	検査の名前	検査実施日
		年 月 日 (歳 ヶ月)
		年 月 日 (歳 ヶ月)
		年 月 日 (歳 ヶ月)

* 検査結果の控えを持ちでしたら、問診票と一緒にご提示ください。

お子様の成長発達について

<p>お母様の妊娠中に関して</p> <p>母親の出産年齢： _____</p> <p>妊娠中・出産後の状況を詳しく書いてください（出産時の問題や精神的な問題、お酒、タバコの摂取など）</p>
<p>出産状況について</p> <p>お産の形式： _____</p> <p>在胎週数： _____</p> <p>アプガースコア： _____</p>

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

(初めての言葉：_____)

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歳半検診で何か指摘されましたか (はい・いいえ) _____

3歳時検診で何か指摘されましたか (はい・いいえ) _____

お子様の健康について

これまでにかかった病気にかかったことはありますか? (はい・いいえ)

具体的に:

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)

具体的に:

食事に関して (偏食、食べる量が少ない、食べすぎる、など)

睡眠 (夜眠らない、朝早く起きる、など)

就眠 (____ : ____) ~起床 (____ : ____)

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：

社会性や遊びについて

興味のある遊びについて教えてください

友人関係について教えてください

人数： 年齢幅：

友達とはどん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？

これまでの所属団体：幼稚園、保育園、療育通園、学校、大学など

通園施設名・学校名	場所・国	学年	年齢	サポート体制 (加配、通級など)	指導言語

受診のきっかけ、過去の相談歴

当院を知ったきっかけ：

ホームページ ・ 他医療機関や相談機関からの紹介 ・ 知人からの紹介 ・ ()

当クリニックを受診された理由、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。

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：