

< らららこどもクリニック 発達外来問診票 >

記入日：平成 年 月 日

記入者： 続柄：

今回の受診にあたりあらかじめお伺いいたします。該当するものに○、必用なところは文章でお答えください
分からないところ、関係のないところは空欄で結構です

○受診されるお子さんの

お名前： (男・女) 生年月日：平成 年 月 日(歳 ヶ月)

(身体障害者手帳： 種 級 療育手帳：A1・A2・B1・B2 精神障害者保健福祉手帳： 級)

家族構成：同居家族をご記入ください

続柄	年齢	性別	所属 (職業・学校・幼稚園・保育園など)
		男・女	

○今回のご相談内容を詳しくお書きください

受診をする目的についてお答えください

(診断を知りたい・対応を知りたい・その他())

これまで他の機関に相談したことがありますか? (はい・いいえ)

時期：() 機関名：() 方針・内容：()

時期：() 機関名：() 方針・内容：()

○生育歴についてお答えください

出産： 週 日 出生体重： g

妊娠・出産のときに何か特記事項がありましたらお書きください

首の座り： ヶ月	寝返り： ヶ月	お座り： ヶ月	はいはい： ヶ月
一人歩き： ヶ月	人見知り： ヶ月	喋り始め： ヶ月	

○ことばの発達についてお答えください

耳の聞こえについて：(気になる・気にならない)

ことばの理解について：日常生活上 (理解できている・多少理解できている・理解できない)

ことばでの表現について：(未発語・語の一部・単語・二語文・三語文・会話できる)

コミュニケーション手段について：(言葉で伝える・手を引いて伝える・指さし・要求しない)

ことばの発達で気になるところがありましたらお書きください

○生活の様子についてお答えください

食事：(一人でできる・少し手伝う・ほとんど手伝う)

食欲：(少ない・ふつう・ある)

間食：(しない・ふつう・多い)

偏食：(ない・ふつう・多い 内容())

着替え：(一人でできる・少し手伝う・ほとんど手伝う)

排尿：(一人でできる・少しできる・ほとんど手伝う・おむつ)

排便：(一人でできる・少しできる・ほとんど手伝う・おむつ) (規則的・不規則)

入浴：(一人でできる・少しできる・ほとんど手伝う)

睡眠：(規則的・不規則) (ねる時間 時 分・おきる時間 時 分)

遊び：(友だちとよく遊べる・親や兄弟と主に遊ぶ・一人で遊ぶ・遊べない)

家でよくする遊び：()

ほかの子とよくする遊び：()

運動：(得意・ふつう・苦手・できるがぎこちない所がある・その他())

成績：(特によい・よい・ふつう・わるい・特にわるい)

得意な科目：()

苦手な科目：()

習いごと(療育も含む)：(週に 回・) (週に 回・)

行動：(動きすぎる・集中が続かない・こだわりがある・かんしゃくが激しい・不安が強い・人前でしゃべらない・おねしょ・指しゃぶり・爪かみ・チック・どもり・夜驚・盗み・体調不良の訴え()・その他())

○ご家庭のことについてお答えください

ご兄弟の発達で気になるところがありますか (はい ・ いいえ)

内容：()

ご家族に特別な事情がありますか (例：〇〇の理由で別居中、〇〇が〇〇病院通院中など)

内容：()

これまで転居・転校がありましたらお書きください

時期：(歳) 場所：(市)から(市)へ

時期：(歳) 場所：(市)から(市)へ

○身体面についてお答えください

これまで受けた予防接種に○をつけてください

四種混合・ポリオ・麻疹／風疹・日本脳炎・BCG・水痘・ヒブワクチン・肺炎球菌・おたふくかぜ・その他()

これまで大きな病気やケガがありましたか (ある ・ ない)

時期：() 病院名：() 内容：()

時期：() 病院名：() 内容：()

現在治療中の病気や、服用中のお薬がありますか (ある ・ ない)

病院名：() 内容・薬剤名：()

病院名：() 内容・薬剤名：()

食べ物や薬のアレルギーはありますか (ある () ・ ない)

ご協力ありがとうございました