

～～～ 宇多野病院「発達障害外来」問診票（小学校入学前の方） ～～～

下線欄_____は記入し、（ ）欄は選択肢を○で囲んでください。

*お名前 _____ *問診票の記載者（母・父）その他_____

*在籍 _____（幼稚園・保育園・療育園）

*年齢 _____歳（年少・年中・年長）

1. 受診のきっかけについて

①受診した理由や、ご相談されたい内容をご記入ください。

②このことで、受診や相談をなさったことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の場合：（健診・発達相談など・児童福祉センター・ _____病院）

相談したところでの診断や方針（経過観察、療育など）があればご記入ください。

2. お子さんのこれまでの成長発達について

①妊娠中（特に問題なし・双胎や多胎・妊娠高血圧症候群・切迫早産・その他 _____）

②出産時：在胎週数_____週，出生時の体重_____g，頭囲_____cm

仮死（なし・あり），黄疸で治療（なし・あり），その他_____

③今までに罹った大きな病気（なし・あり→_____）

熱性けいれん（なし・あり），てんかん（なし・あり）

④薬や食べ物などへのアレルギー

（なし・あり →具体的に_____）

⑤今、飲んでいる薬（なし・あり →_____）

⑥健診で何か指摘されたことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の場合：_____歳健診で_____を指摘された。

⑦今まで発達検査を受けられたことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の場合：_____歳で、結果は_____

⑧下記の項目ができるようになった年齢をご記入ください。できなかった項目は×をつけてください。

顔がすわる	歳	ヶ月	あやすと笑う	歳	ヶ月
寝返りをする	歳	ヶ月	人見知りする	歳	ヶ月
お座りをする	歳	ヶ月	喃語で話す	歳	ヶ月
つかまり立ちをする	歳	ヶ月	意味ある単語が言える	歳	ヶ月
ひとりで歩く	歳	ヶ月	二語文を話す	歳	ヶ月

3. お子さんの現在の様子について

①性格：_____

②好きな遊び：_____

③食事（自分で食べられる・ある程度自分で食べられる・介助で食べる）

偏食（なし・あり→具体的に_____）

④トイレ（オムツ・トイレトレーニング中・夜間のみオムツ・自分でできる）

⑤睡眠（問題ない・寝つきが悪い・夜眠らないことが多い・夜によく起きる）

4. ご家族について *差し支えない範囲で、ご記入ください。

①同居している方（父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹_____）

②父：現在_____歳，ご職業_____，健康状態（良・病気_____）

③母：現在_____歳，ご職業_____，健康状態（良・病気_____）

④ご家庭に現在／または過去に、混乱がありますか／ありましたか？

（なし・家族の病気・離婚・両親の不仲・経済的問題・その他_____）

⑤ご家族やご親族で、発達障害や知的障害、精神疾患などの方がおられたらご記入ください。

5. お子さんの特性について

①以下の項目について、「はい」または「いいえ」にチェック☑をしてください。

以下の項目に、お答えください.	はい	いいえ	気になることがあれば、具体的にご記入ください.
同年齢の子と比べて、運動は苦手である			
同年齢の子と比べて、手先は不器用である			
同年齢の子に比べて、落ち着きがない			
特定の音が苦手である			
特定のにおいが苦手である			
偏食が激しく、特定のものばかり食べる			
手や洋服が汚れると、非常に気にする			
視線が合いにくい			
名前を呼ぶと、反応する			
指さしをすると、その方向を見る			
見てほしいものがある時、見せに来る			
こだわりがある			
特定のくせがある			
親の言葉を理解している			
親がいなくても平気である			
親以外が抱っこしても嫌がらない			
他の子と一緒に遊ばない			
園などで、他の子と一緒に行動できる			
よくケガをする			
かんしゃくやパニックがよくある			

②幼稚園・保育園・療育園などで、何か問題を指摘されたことはありますか？

(はい・いいえ) → 「はい」の場合、指摘された内容をご記入ください。

③その他、伝えておきたいことなどありましたら、ご自由にご記入ください。