発達問診表(表)

記載日:(西暦)20　年　月　日

◆ フリガナ(　　)　生年月日(西暦)20　年　月　日　ID(　　)
お名前 (　　)　年齢 (　　歳　　ヶ月)
園・学校・施設名(　　)(　)年(　　)組 / 在宅

◆連絡先の電話番号を(必ず 2 か所)ご記入ください

①　　(続柄　　)　②　　(続柄　　)

◎下記の質問にお答えください(該当する項目を○で囲み、必要事項をご記入ください)

◆受診の目的は何ですか ・・・ 発達検査 ・ その他(　　)

「発達検査」に○の場合 ◆検査の目的は何ですか

・療育を考慮 ・療育に生かす ・入学/進級に際し支援を考慮 ・特性把握 ・その他(　　)

◆どこで受診を勧められましたか・・・園/学校 ・市の健診 ・療育機関 ・その他(　　)

◆今まで発達検査をしたことがありますか ・・・ はい ・ いいえ

「はい」の場合

① いつ(　　)・どこで(　　)・検査法(WISC/新版 K 式 /田中ビネー/その他/不明)

② いつ(　　)・どこで(　　)・検査法(WISC/新版 K 式 /田中ビネー/その他 /不明)

※可能な限り、過去の発達検査の結果を次回の診察時にお持ちください

◆園・学校・市などからお子様についての情報をいただくことはできますか ・・・ はい ・ いいえ

※「はい」の場合 ⇒園や学校での様子を記録したものを次回の診察時にご持参ください

⇒市からの情報提供は総社市の場合は当院から依頼させていただきます

◆困っていること、気がかりなことを詳しく記入してください

(今までの経過や指摘されたこと、家や園で困っていることなど)

※初診の日に発達検査を受けることはできません。診察して検査の必要がある場合に後日予約となります

※初めての受診の方は、予約時間の約 30 分前に来院をお願いします

ただし、記入済みの問診表持参の方は、予約時間の約 15 分前にご来院ください

(※裏面にもご記入ください)

発達問診表（裏）

お名前（　　）

◆妊娠・出産について

◆在胎週数　　週　　日　◆出生時体重　　g

◆妊娠中の異常 （なし・あり） 「あり」 ⇒妊娠中毒症・切迫流早産・感染症・その他（　　）

◆出産の異常 （なし・あり） 「あり ⇒帝王切開・生まれてすぐ泣かなかった・その他（　　）

◆新生児期の異常（なし・あり）「あり」 ⇒呼吸障害・黄疸・低血糖・感染症・その他（　　）

◆発達 ：次のことができるようになった年齢はいつですか （記載または〇をしてください）

◆首がすわる（　　）ヶ月 ・寝返り（　　）ヶ月 ・一人歩き（　　）ヶ月

◆発語（　　）ヶ月 （初めて意味がわかって言葉を発した年齢・・・例：「ごはん」を「マンマ」）

◆1 歳までに人見知りはありましたか （ あり ・ なし ）

◆お子様のご様子についてお尋ねします。

・落ち着きがない	あり	なし	・言葉の遅れ	あり	なし
・多動である	あり	なし	・言葉の指示が通りにくい	あり	なし
・衝動的なところがある	あり	なし	・偏食が激しい	あり	なし
・集中できる時間が短い	あり	なし	・大きな音が苦手	あり	なし
・順番を待つのが難しい	あり	なし	・においや汚れ等に敏感	あり	なし
・興味・関心が狭く深い	あり	なし	・手先が不器用	あり	なし
・好きなことへの集中力がすごい	あり	なし	・運動面で不器用	あり	なし
・記憶力が良い	あり	なし	・パニックになりやすい	あり	なし
・こだわりが強い	あり	なし	・かんしゃくが激しい	あり	なし
・雰囲気が読めない	あり	なし			
・集団行動が苦手	あり	なし	※以下は小学生以上の方のみ記入して下さい		
・負けるのがすごく嫌	あり	なし	・勉強の遅れ	あり	なし
・一方的にしゃべる事が多い	あり	なし	・字を書くことが苦手	あり	なし
・一人遊び（一人でいる）が多い	あり	なし	・字を読むことが苦手	あり	なし
・新しい、慣れない事が苦手	あり	なし	・作文が苦手	あり	なし
・人見知り、場所見知りが激しい	あり	なし	・計算が苦手	あり	なし

◆好きな遊び(好きなこと)は何ですか

◆得意な事は何ですか

◆お子様の長所と思うことを教えてください

記入者の続柄（　　）

（※表面もご記入ください）　清音クリニック