

問 診 票

とちぎっ子発達クリニック



年 月 日記入

記入者 (続柄)

ふりがな		性別	年齢	生年月日	西暦 年 月 日 生まれ	
お名前		男・女	才			
住所	〒			連絡先 1	自宅： (続柄) 携帯：	
				連絡先 2	携帯： (続柄)	
所属先	名称（保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校等）			学年等		
	保育園・幼稚園・こども園 加配あり 加配なし			普通級 ・ 別室対応		
	通級（言葉の教室・その他）		特別支援学級（知的障害・自閉情緒）	特別支援学校		
療育	児童発達支援・放課後デイサービス・他の療育機関等を利用している方をご記入ください（利用頻度・個別・集団等）					
習い事 (曜日)				部活動 その他		

●受診の目的を教えてください 希望があれば☑をお願いします

- ☐ 薬
- ☐ 発達検査
- ☐ 療育の診断書・意見書
- ☐ リハビリ
- ☐ 支援級の診断書
- ☐ 園や学校連携
- ☐ 家庭での過ごし方
- ☐ 相談
- ☐ その他 具体的にお書きください
()

●今回ご相談したいこと、お困りのことは何ですか。○をつけてください。

	言葉が出ない・少ない		急な予定変更が苦手
	発音が不明瞭（サ行→タ行等）		点滅やクルクル回るものを好む
	言い間違い（タカナ→さかな等）		手先が不器用
	吃音（どもり）		姿勢が崩れやすい
	かんしゃく（イライラが多い）		運動発達の遅れ
	集団行動が苦手		偏食が多い
	学習の遅れ 計算・漢字・書字が苦手		つま先歩き・転びやすい
	視線が合いにくい		寝つき悪い 睡眠が浅い 夜泣き
	落ち着きがない、集中が難しい		感覚過敏（音・光・服 等）
	失くしものや忘れ物が多い		生活の乱れ
	整理整頓が苦手		スマホ・ゲームがやめられない（ 時間/日）
	離席・離室がある		いじめ（いつ頃）
	初めての場所や人が苦手		自傷行為（抜毛等）
	会話にならない		行き渋り・不登校（いつから）
	コミュニケーションが苦手		不安が強い
	一斉指示が入らない		興味関心の偏り
	爪かみ		唾はき

きっかけ、いつ頃から、どのような症状、どのように対応していたか等

●かかりつけ医（予防接種や風邪等で受診される医療機関）があれば教えてください。

才頃から	医療機関名
才頃から	医療機関名

●これまで病院受診や相談・療育機関等に相談したことがあれば書いてください。

いつ	病院/教育センター/発達センター/児童相談所等	指導内容や治療内容等

●これまで病気をしたり、入院・手術をしたことがありますか。（はい ・ いいえ）

才	病名	治療内容	病院名

●現在、毎日または定期的にお薬を服用しているものはありますか。

具体的な名前	いつから	病院名

●アレルギーのある方はご記入ください。（薬剤/食物/その他）

●今までにてんかん、熱性けいれんなどを指摘されたことはありますか。（はい ・ いいえ）最

終発作や発作の間隔、発作時はどのように対処されていますか。具体的にご記入ください。

●これまでに次の検査を受けたことがありますか。

脳波検査	ある	才	結果	☐ 異常なし
CT・MRI	ある	才	結果	☐ 異常なし
聴力検査	ある	才	結果	☐ 異常なし
視力検査	ある	才	眼鏡（あり・なし）	☐ 異常なし
心理検査	新版K式	才	結果	
心理検査	田中ビネーV	才	結果	
心理検査	WISC－IV	才	結果	
心理検査	WISC－V	才	結果	

検査などで補足したいことがあればご記入ください

●現在のお子様の日常生活の様子を教えてください。

1. 食事	自立 偏食あり・なし（好きな食べ物 ）（嫌いな食べ物 ） 食具：介助・手づかみ・スプーンフォーク・補助箸・箸 食事量：多い・普通・少ない 水分：哺乳瓶・マグ・コップ・ストロー
2. 排泄	自立・手伝いが必要（拭き取り・着脱・声掛け）・夜のみおむつ・トレーニング中 オムツ交換の頻度： 回/1日 排尿の頻度： 回/ 時間 排便： 回/ 日
3. 睡眠	睡眠時間（ 時～ 時）寝つき（良い・悪い）昼寝（あり・なし）
4. 衣服の着脱	自立 一部手伝いが必要 全面的に手伝う
5. 危険物の認知	だいたいわかる 少しはわかる 全くわからない
6. その他気になることがあればご記入ください。	

●ご家族構成を教えてください。該当するところに○をつけ具体的にご記入ください

父	才（ 実父・継父 ）	同居・別居（単身赴任・離婚・死別・その他）
職業：会社員・自営業・公務員・無職・その他		所属・会社名：
母	才（ 実母・継母 ）	同居・別居（単身赴任・離婚・死別・その他）
職業：会社員・自営業・公務員・無職・その他		所属・会社名：
兄弟姉妹	才（ 男 ・ 女 ）	同居・別居 学校名・学年
兄弟姉妹	才（ 男 ・ 女 ）	同居・別居 学校名・学年
兄弟姉妹	才（ 男 ・ 女 ）	同居・別居 学校名・学年
兄弟姉妹	才（ 男 ・ 女 ）	同居・別居 学校名・学年
他に同居している方	才 （続柄	）
他に同居している方	才 （続柄	）

●家族関係は良好ですか（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）

気になることや伝えておきたいことがあればご記入ください（例：会話がない、家庭内暴力、DV等）

●親族の中で心療内科や精神科で治療を受けていた・治療中の方はいますか （ はい ・ いいえ ）

本人との関係（	）	診断名：
本人との関係（	）	診断名：

●出産時の様子を教えてください。

・在胎週数	週	日（分娩方式： 普通・吸引・無痛・帝王切開	）
・新生児仮死	無 ・ 有		
・出生時の状況	体重	g 身長	c m 頭囲 c m
・治療	無 ・ 有（内容		）

●発達の様子を教えてください。

・首のすわり（	か月）	・おすわり（	か月）	・ハイハイの時期（	か月）
・つかまり立ち（	才 か月 ）	・ひとり歩き（	才 か月 ）		
・ママ等の言葉（	才 か月 ）	・二語文：ワンワンキタ（	才 か月 ）		
・人見知り（ある	ない ）				
・片足立ち（可・不可）	・ジャンプ（可・不可）	・ケンケンパ（可・不可）	・スキップ（可・不可）		

●乳幼児健診で指摘されたことはありますか。指摘又は指導された内容を記入してください。

4 又は 10 ヶ月健診	何も言われなかった	・ 指摘された（内容	）
1才6 ヶ月健診	何も言われなかった	・ 指摘された（内容	）
3才児健診	何も言われなかった	・ 指摘された（内容	）
5才児健診	何も言われなかった	・ 指摘された（内容	）
就学前健診	何も言われなかった	・ 指摘された（内容	）
その他			

●今の通園、登校の様子を教えてください。

毎日出席	時々休む	遅刻・早退が多い
不登校（いつから	）	保健室や適応教室へ登校

●幼児期について教えてください。次の気になる様子があったか該当するものに○をつけてください。（複数可）

	指さしをあまりしない		一人遊びを好む
	名前を呼ばれても振り向かないことが多い		耳ふさがが多い
	後追いしない		迷子になることが多い
	用事があるとき、大人の手を黙って引く		自分の体を叩いたり、傷つけることがある
	大人の言うことを聞かない		特に好きなもの、ことがある（マーク、洋服等）
	知らない人にでも近づいていく		ミニカー等をきれいに並べる
	独り言が多い		話しかけられた言葉をオウム返しする

●発表会や運動会等、集団で何かをするとき参加できましたか。 また、保育参観等で気になることはありましたか。

●転校経験：なし・あり（時期
 ）

●手帳をお持ちの方のみお答えください。

身体障害者手帳 判定結果（ 種 級）
 療育手帳 判定結果（A1 A2 B1 B2）
 精神障害者保健福祉手帳 判定結果（ 級）
 通所受給者証 （ ある・ なし ）

●そのほか気になる事やご心配なことがあればご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。