

ID : \_\_\_\_\_

# 発達・小児神経外来問診票



記入日：平成 年 月 日 記入者：

ふりがな	生年月日 平成 年 月 日
名前 男・女	( 歳 ヲ月)
住所 〒	自宅
	携帯

☆学歴についてご記入ください。

未就園 /	保育園・幼稚園
	小学校
	中学校
	高等学校

☆ご家族についてご記入ください。

お名前	年齢	続柄	勤務先・学校	連絡先
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			

☆当クリニックをどのようにして知りましたか。(該当する内容に□に ✓をいれて詳細を記入してください)

- ホームページ
- 医療・福祉機関からの紹介(施設名 )
- 知人、友人の紹介
- 教育機関からの紹介(施設名 )
- その他( )

☆お子さんの様子についてお伺いします。

1. 本日受診された理由をできるだけ具体的にご記入ください。


2. これまでに、他の病院や相談機関にかかったことがありますか。

- ない
  - ある
- 病院・機関名： 頻度
- 病院・機関名： 頻度
- 病院・機関名： 頻度

3. 発達検査を受けたことがありますか。

- ない  ある

これまでに受けた検査名・結果について、わかる範囲でご記入ください。

( )

4. 妊娠中の様子についてお聞きします。

- ★妊娠中の状態  異常なし  異常あり ( )

5. 出生時の様子についてお聞きします。

- ★出生時の様子  異常なし  異常あり ( )

妊娠 ( ) 週頃

出生体重 ( ) g、身長 ( ) cm、頭囲 ( ) cm

6. 乳幼児期の発達の様子をお聞きします。

首すわり カ月 / 寝返り カ月 / おすわり カ月

はいはい カ月 / つかまり立ち カ月 / 一人歩き 歳 カ月カ

始語 歳 カ月 / 2語文 歳 月 / 文章で話す 歳 カ月

7. 現在の生活の様子について教えてください。

- ★睡眠 時間 ( : ~ : )

- 特に問題はない  気になることがある ( )

★食事

- 特に問題はない  少食  過食  偏食 ( )

- 上手に食べられない ( )

8. 行動について伺います。当てはまるものにチェックをして下さい。

- 初めての人や場所が苦手だ。
- 名前を呼ばれたり、声をかけられたりしても振り向かなかった。
- 視線が合わない、または合いにくいことがあった。
- 感覚の敏感さがある。(例: )
- 言葉でのやり取りが成立しにくい。
- 予想外の出来事に対応することが苦手だ。
- 思いどおりにならないことを受け入れにくい。
- ひとり遊びや一人で行動することが好きだ。
- 特定のもの・行為へのこだわりがある。(例: )
- 落ち着きがない。
- 慎重さに欠け、思いついたらすぐに行動する。
- 段差のないところで転びやすい。
- 自分や他人の体を傷つけてしまう。

9. 入院するような病気やケガをしたことがありますか。

10. 現在、飲んでいる薬はありますか。

11. 保険証、医療証のコピーをとらせて頂いてよいですか？

- はい  いいえ

☆他に相談したい内容があればご記入ください。(運動面・学習面の心配など)