

# 問診票 (0歳～年長用)

記入日： \_\_\_\_\_  
 記入者： \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

氏名	(男・女)	保護者名	(続柄 _____)
生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	年齢	_____ 歳 _____ ヶ月
就園先		紹介元	自主・健診・病院・園 その他 ( _____ )

※質問がたくさんありますが、この資料を基によりよい相談・療育を受けていただけるよう準備をしたいと思しますので、ご協力お願いいたします。  
 (あてはまる口全てに✓を入れてください。尚、あてはまらない場合や分からない場合は空欄で構いません。)

1. 今回のご相談内容はどのようなことですか。具体的にお書き下さい。

- 訓練・療育を受けたい     状況を知りたい  
 対応の方法を知りたい

2. これまでに相談や利用された機関などがあればお書き下さい。(いつ頃どんなことで相談されたか等)

3. 今まで保健センター等の健診で指摘を受けたことがありますか。

- 1ヶ月健診：なし    あり ( \_\_\_\_\_ )  
 4ヶ月健診：なし    あり ( \_\_\_\_\_ )  
 10ヶ月健診：なし    あり ( \_\_\_\_\_ )  
 1歳半健診：なし    あり ( \_\_\_\_\_ )  
 3歳児健診：なし    あり ( \_\_\_\_\_ )

4. 保育園・幼稚園での様子(入園した年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月)

- 保護者と離れるのに強い不安があった  
 人見知り/場所見知りがあった  
 新しい環境に慣れるのに時間がかかった  
 部屋から飛び出すことがあった  
 先生の話聞くのが苦手だった  
 集団活動が苦手だった  
 一人でいることが多かった  
 友達とのトラブルが多かった  
 〈他に園での様子で心配な点がありますか〉

〈行事で困ったことありましたか〉

5. 現在利用されている機関はありますか。

- 病院 ( \_\_\_\_\_ )  
 他機関のリハビリ ( PT OT ST 心理 )  
 病院・事業所名 ( \_\_\_\_\_ )  
 児童発達支援事業所 ( \_\_\_\_\_ )  
 相談支援事業所 ( \_\_\_\_\_ )  
 訪問看護     ヘルパー     ショートステイ  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 医療や福祉のサービスはご利用ですか。

- 乳幼児医療証                       子ども医療証  
 ひとり親家庭医療証     重度障害者医療証  
 身体障害者手帳 ( \_\_\_\_\_ ) 級  
 (種別：視覚 聴覚 言語 肢体 他： \_\_\_\_\_ )  
 療育手帳 ( \_\_\_\_\_ ) 級  
 精神障害者保健福祉手帳 ( \_\_\_\_\_ ) 級  
 障害児手当                       特別児童扶養手当  
 障害児通所受給者証    あり・なし

7. 家族構成を教えてください。

(例)父、母、兄(小1)、本人、妹(2歳)の5人家族

<育児のサポートをしてくれる人はいますか>

- はい (続柄 \_\_\_\_\_ )                       いいえ

## 【妊娠・出生～現在について】

(母子手帳等で確認しながらご記入ください)

**妊娠中** 妊娠週数 ( 週 日 ) 出生体重 ( ) g

妊娠中の異常:  なし  あり (内容 )

妊娠中の喫煙:  なし  あり 飲酒:  なし  あり

分娩方法:  自然分娩  吸引分娩  帝王切開

<出生時・出産前後で気になることはありましたか>

なし  あり (内容: )

### 新生児期

新生児期の異常:  なし  あり (内容: )

栄養:  母乳  人工  混合  チューブ栄養

保育器 ( 日目から 日間 )、黄疸 ( 普 中 強 )

光線療法 ( ) 日間 人工呼吸器 ( 日目～ 日間 )

### 発達

あやすと笑う ( ) ヶ月, 首のすわり ( ) ヶ月

寝返り ( ) ヶ月, ひとりでお座り ( ) ヶ月

はいはい ( ) ヶ月, つかまり立ち ( ) ヶ月

一人立ち ( ) ヶ月, 独歩 ( ) 歳 ( ) ヶ月

意味のある言葉 ( 歳 ヶ月 ) 二語文 ( 歳 ヶ月 )

### 予防接種

BCG  4種混合  ロタウイルス  ヒブ  肺炎球菌

MR (麻疹/風疹)  B型肝炎  水痘  おたふく

日本脳炎

### 今までにかかった病気やアレルギー

髄膜炎 (細菌性・無菌性)  熱性けいれん

てんかん  事故  頭部外傷  骨折

アレルギー: 食品 ( ) 薬品 ( ) 他 ( )

アレルギー性鼻炎  アトピー性皮膚炎

気管支喘息  肺炎  中耳炎

### 入院歴

なし  あり (病名: )

(期間: )

### 受けたことのある検査

脳波  CT  MRI (部位: )

その他 ( )

発達・知能検査 (種類: )

(いつ: ) (結果: )

### 現在飲んでいる薬

( )

### 現在受けている医療的な処置

( )

## 【現在の様子について】

### 食事

授乳中である  断乳した ( 歳 ヶ月頃 )

保護者が (全部・一部) 手伝う  一人で食べられる

食事形態: ( )

ミルク: ( 回/日、1回 CC )

ミルクや食事にかかる時間 ( ) 分位

動作:  手づかみ  スプーンやフォーク  はし

コップ  ストロー

食べ物の好き嫌い  なし  あり

・好きな食べ物 ( )

・嫌いな食べ物 ( )

<困っていることがありますか>

( )

### トイレ

オムツを使用  保護者が部分的に手伝えばできる

トイレトレーニング中  自分でできる

排便の頻度:  毎日  2～3日おき  便秘気味

<困っていることがありますか>

( )

### 着替え

保護者が (全部・一部) 手伝う  自分でできる

<困っていることがありますか>

( )

### 洗面・入浴

保護者が (全部・一部) 手伝う  自分でできる

<苦手なことがありますか>

( )

### 睡眠

入眠 ( 時 ) ～起床 ( 時 ) 昼寝 ( 時～ 時 )

問題なし  寝つきが悪い ( ) 分位

よく目をさます  夜泣きが激しい  寝起きが悪い

<気になることがありますか>

( )

### 移動方法・運動

だっこ  寝返り  ずりばい  いざりばい

四つ這い  伝い歩き  ひとり歩き

<運動に関して気になることがありますか>

( )

### ことば・コミュニケーション

<今のコミュニケーションの方法>

泣く  ぐずる  発声

ジェスチャー (指差し、手を引く)

単語で言う  文章で言う

<ことばに関して気になることがありますか>

( )

### 行動面

おとなしく手がかからない  視線があいにくい

かんしゃくをおこしやすい  落ち着きがない

抱っこや手をつなぐのを嫌がる

外出先でよく迷子になる

人見知りやはげしい  人見知り・後追いをしない

音やにおいに敏感  物や順番などにこだわる

普段通りの状況や手順/予定が変わるといやがる

手先が不器用  指示が通りにくい

興味のあることへの知識量がすごく多い

<その他行動面で気になることがありますか>

( )

### あそび

<好きな遊び、お気に入りのものがありますか>

( )

<苦手なことやものがありますか>

( )

ご協力ありがとうございました。