

問診票 (0歳～年長用)

記入日： _____
 記入者： _____ (続柄 _____)

ふりがな 氏名	(男・女)	保護者名	(続柄 _____)
生年月日	平成 令和 _____ 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いますので、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〉

〈行事で困ったことがありましたか〉

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

1人立ち () ヶ月, 独歩 (歳 ヶ月)

指さし (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

(期間:)

なし あり (病名:)

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 いざり這い

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

人見知りのはげしい 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。