

問診票 (小・中学生用)

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
就学先	_____ 学校 _____ 年生 通常学級・支援級・通級・特別支援学校	紹介元	自主・病院・学校 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療育・相談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□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・幼稚園での様子をお聞かせ下さい。

- 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

5. 学校での様子をお聞かせ下さい。

- <出席状況>
- 毎日出席
 - 遅刻・早退が多い
 - 時々休む
 - 保健室・適応指導教室への登校
 - 不登校
- <対人・集団場面で苦手なこと>
- 集団活動が苦手
 - 一人でいることが多い
 - 友達とのトラブルが多い
 - 授業を聞いていない
 - 一斉指示がとおりにくい
 - 落ち着きがない
 - 空気が読めない発言がある
 - 席を離れてしまうことが多い
 - いじめられたことがある
- <その他、学校生活で心配なことがありますか>
- (_____)

6. 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 (P T O T S T 心理)
- 病院・事業所名 (_____)
- 放課後等デイサービス (_____)
- 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 (_____)

7. 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

8. 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下さい)

妊娠中

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

出生時

妊娠週数 (週 日) 出生体重 () g

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

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 ()

その他 ()

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)

発達・知能検査 (種類：)

(いつ：) (結果：)

現在かかっている病気

()

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

食事にかかる時間は () 分位

保護者が(全部・一部)手伝う 一人で食べられる

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

保護者が(全部・一部)手伝う 自分でできる

夜尿がある 日中におもらしがある (尿 便)

オムツをしている (日中 夜)

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)

問題なし 寝つきが悪い (分位)

よく目をさます 寝起きが悪い

一人で眠れない

<気になることがありますか>

()

学習・運動

学習：(課題ある・少しある・全くない)

得意な教科 ()

苦手な教科 ()

<苦手なこと>

計算 読む 書字 作文 文章問題の理解

運動全般 手先を使う 楽器を使う

<その他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>

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

人や場所に慣れるのに時間がかかる

普段通りの状況や手順, 予定が変わると混乱する

気持ちの切り替えが難しい かんしゃくが多い

朝の支度がスムーズにできない

忘れ物が多い 片づけ整理整頓が苦手

何度も同じ行動をする (その行動：)

落ち着き集中力がない 指示が通りにくい

イライラすることが多い チックがある

音やにおいに敏感 手先が不器用

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。