

# 問診票 (小中学生用)

記入日： 令和 年 月 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致します。あてはまる□全てに✓を入れてください。なお、あてはまらない場合やわ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。具体的にお書きください。

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ください。(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ください。

- 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  
ひとりて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ください

<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>

- 集団行動が苦手 ひとりていることが多い  
友達とのトラブルが多い 授業を聞いていない  
一斉指示が通りにくい 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 ( PT ・ OT ・ ST ・ 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 ( A1 ・ A2 ・ A3 ・ B1 ・ B2 )  
精神障害者保健福祉手帳 ( )級  
障害児福祉手当 特別児童扶養手当  
障害児通所受給者証

8. 家族構成を教えてください。

氏名	続柄	生年月日	職業・所属
(例)こぐま太郎	父	1982.5.1	会社員

※欄が足りない場合は下の空いている箇所にご記入ください

<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・出生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  
ひとり立ち ( )ヶ月 独歩 ( )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**  
B型肝炎 ロタウイルス ヒブ 肺炎球菌  
四種混合 BCG MR(麻疹/風疹)  
水痘 おたふく(任意) 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**  
食事にかかるじかんは( )分くらい  
保護者が(全部・一部)手伝う ひとりで食べられる  
食べ物の好き嫌い: なし あり  
好きな食べ物: ( )  
嫌いな食べ物: ( )  
<食事に関して気になることがありますか>

**トイレ**  
保護者が部分的に手伝えられる 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 □夜間)  
排便の頻度: □毎日 □2~3日おき □便秘気味  
<排泄に関して気にな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  
<着替えに関して気にな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  
<洗面や入浴に関して気になることがありますか>

**睡眠**  
入眠( )時 ~ 起床( )時  
問題なし 寝つきが悪い( )分くらい  
よく目を覚ます 寝起きが悪い ひとりで眠れない  
<睡眠に関して気になることがありますか>

**学習・運動**  
学習: 課題がある・少しある・全くない  
得意な科目: ( )  
苦手な科目: ( )  
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、学習・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:  
発声 ジェスチャー(指さし・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 片付け・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**  
<好きなあそびや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。