

## 小児科発達外来 受診に際しての問診票

初診をスムーズに行うために、以下の質問にご記入をお願いいたします。(わかる範囲で結構です。内容によっては他の施設をご案内する場合がありますのでご了承ください。)

なお、ご記入いただいた個人情報は、当科の診療行為に関してのみ使用いたします。事前に同意なく第三者に開示、情報の漏洩をすることはありません。

ふりがな： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

所属 (通っている保育園、幼稚園、療育施設、学校名など)： \_\_\_\_\_

### 連絡先

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市・町・村・郡

携 帯： \_\_\_\_\_ (父・母・他 ( \_\_\_\_\_ ))

1) 今回はどのようなことに困っていますか？

2) 当院の“発達外来”に期待することは何ですか？

(あてはまるものがあれば○をつけてください。)【複数回答可】

診断 ・ 検査 ・ 薬物療法 ・ 家庭内での対応の相談

就学に関する相談 ・ 在籍学級に関する相談 ・ 学校における学習環境の相談

セカンドオピニオン ・ 診断書等の発行 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

3) これまでに医療機関 (小児科、精神科、心療内科等) や相談機関 (アーチル、児童相談所、保健所、療育支援センター等) で相談されたことがありますか？

機関名	期 間
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月

4) どなたが受診を希望されましたか？または受診をすすめられましたか？

(あてはまるものがあれば○をつけてください。)【複数回答可】

本人 ・ 父 ・ 母 ・ 保育園や幼稚園の先生 ・ 学校の先生 ・ その他(\_\_\_\_\_)

5) 今までの発育、発達歴についてお聞きします。

① 在胎：\_\_\_\_\_週 \_\_\_\_\_日 出生体重：\_\_\_\_\_g

妊娠中や出生時に異常がありましたか？ はい(\_\_\_\_\_) ・ いいえ

ひとりで歩く \_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_か月

はじめて話した言葉(まんま、ぶーぶ等) \_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_か月

② 1歳6か月児健診での指摘 なし ・ あり(\_\_\_\_\_)

3歳児健診での指摘 なし ・ あり(\_\_\_\_\_)

③ 1~5歳ごろの様子で、あてはまるものがあれば○をつけてください。【複数回答可】

視線があいにくい ・ 言葉がなかなかふえない ・ ひとりごとが多い

迷子になりやすい ・ ひとり遊びが多い ・ 道順や物の位置にこだわる

ミニカーなどをきれいに並べる ・ 回転物(タイヤや換気扇など)を眺める

道路への飛び出しなどが多く危ない ・ 手先が不器用

かんしゃくがひどい ・ 眠りが浅く何度も目がさめる

④ 保育園、幼稚園、学校での行動で、あてはまるものがあれば○をつけてください。

【複数回答可】

保育園、学校等にいきたがらない ・ 対人関係がうまくいかない

友達ができない ・ 集団行動ができない ・ 学校でいじめられている

授業についていけない ・ 学校で暴言、暴力がひどい ・ 級友をいじめる

落ち着きがない ・ 忘れ物が多い ・ 文字の読み書きが苦手

計算ができない ・ 運動が苦手

6) 喘息、アレルギー、熱性けいれん、てんかんなど経過をみてもらっている病気があれば教えてください。

なし ・ あり(疾患名：\_\_\_\_\_病院名：\_\_\_\_\_)