

発達クリニック Can

初診問診票

記入者 (本人・母・父・祖父母・その他 \_\_\_\_\_ )

1. 診察を希望されるお子さんについて

ふりがな  
名前 : \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先 : 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 (母・父・その他 \_\_\_\_\_ )  
(確実に連絡をとれる番号をお願いいたします)

ご家族 (一緒に住んでいる方を含む) 例 : 父 (34 歳 会社員) 母 (30 歳 主婦) 本人 (5 歳) 妹 (2 歳)

学校 (園) 名 : \_\_\_\_\_ 学年 : \_\_\_\_\_

2. 現在受けている支援について該当する項目に全て○を付けてください。

[ 加配保育 ・ 特別支援学級 ・ ことばの教室 ・ ヘルパー ・ デイサービス 月 \_\_\_\_\_ 回  
支援を検討している ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]

3. 本日、受診を希望した理由や相談したいことをお書き下さい。

(いつ頃から・どのような様子や状態が気がかりかなど、詳しくお書き下さい。)

4. ご相談内容について他機関でご相談された経験はありますか？

(1 歳半・3 歳児健診、医療機関、発達相談、就学時相談、スクールカウンセラーなど)

5. 以下の制度を利用されていますか？該当する項目に○、または数字を記入してください。

療育手帳 : A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2

精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳 : \_\_\_\_\_ 級

特別児童扶養手当 : 1 級・2 級

自立支援医療 : 精神 ・ 育成 \_\_\_\_\_ その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ 裏面も記入して下さい。

6. 出産からこれまでのお子さんの発達について

出産時にトラブルはありましたか？ (なし ・ あり : \_\_\_\_\_)

出生体重 \_\_\_\_\_ g 週数 \_\_\_\_\_ 週

発達の様子

	時期		時期		時期
一人歩き	歳 ヶ月・未	指差しをする	歳 ヶ月・未	『ちょうだい』『バイバイ』を理解できる	歳 ヶ月・未
意味のある言葉話す 「ママ」「わんわん」	歳 ヶ月・未	「ママ、おいで」「○○ちょうだい」など二語文で話す	歳 ヶ月・未		

生活面

食事 ( 全介助・手づかみで食べる・スプーンや箸を使おうとする・一人で食べられる )

偏食 ( 食べることに意欲ない・特定のものしか食べない・好き嫌いがある・問題ない )

着替え ( 全介助・一人で脱げるが着られない・時々手伝いが必要・一人で着脱できる )

排泄 ( 紙パンツ使用・排泄後教える・排泄前に教える・自分ですが時々失敗・自立 )

睡眠 ( 寝つきが悪い・夜泣きがある・途中で目が覚める・早く起きてしまう・問題ない )

集団保育・学校歴

園名・学校名	時期	支援状況の有無	適応状況
〇〇保育園	△歳△ヶ月～△歳△ヶ月	加配保育	登園しぶり、保育室から抜ける

7. これまで大きな病気や事故、または治療中の病気、お薬や食べ物のアレルギーはありますか？  
また、通院中の医療機関があればご記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

～ご記入ありがとうございました。受付へ提出の上、お待ちください。～