

家族用

発達外来 診察前アンケート

記載日	令和 年 月 日	記載者(続柄)	()
お子様の ^{フリガナ} 氏名 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)、生年月日 年 月 日(歳 カ月)			
住所 〒			
携帯電話: (続柄:)、固定電話:			
ご紹介 : <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (ご紹介元:)			

1. 相談したいことは何ですか？(具体的に詳しく)

それに最初に気づいたのは、いつ頃ですか？()

2. 健診で、何か指摘を受けたことはありますか？

- ・ 4か月健診 () () 小児科/保健所
- ・ 1歳6か月健診 () () 保健所
- ・ 3歳6か月健診 () () 保健所
- ・ 5歳児 健診 () () 保健所

3. これまでに相談された病院及び相談場所について

年 月 頃	病院/その他 相談場所	備考(受けた検査、治療、訓練)

4. 現在どこに通っていますか？

- ・ () 保育園・幼稚園、 年長・ 年中・ 年少・ () 歳児
- ・ () 学校 () 年生 (通常クラス ・ 通級クラス ・ 支援クラス)
- ・ 園/学校生活で気になる点がありますか？ (有 ・ 無)

具体的に:

- ・ 先生から特に言われたことがありますか？ (有 ・ 無)

具体的に:

裏面もご記入ください

家族用

5. 家族構成

続柄	氏名	生年月日	健康状態	現在	備考(勤務先・在校名など)
父				同居・別居	
母				同居・別居	
本人				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	

6. 現在までの育ちについて、母子手帳の記録などを参考にお書きください

1) 妊娠歴

<input type="checkbox"/> 特に問題なし	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 流産の経験 (<input type="checkbox"/> 自然・ <input type="checkbox"/> 人工)
---------------------------------	-------------------------------	--

・今回の妊娠

<input type="checkbox"/> 特に問題なし	<input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 性器出血	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 羊水過多	<input type="checkbox"/> 前置胎盤	<input type="checkbox"/> 切迫流産

2) 出産時

出産病院()	母年齢()歳		
・在胎週()週 ・胎位()	帝王切開(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
・アプガー 点	吸引分娩(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
・微弱陣痛(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	鉗子分娩(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
生下時体重: g	身長: cm	頭囲: cm	胸囲: cm

3) 新生児期

<input type="checkbox"/> 異常なし	仮死 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	黄疸 (<input type="checkbox"/> 強・ <input type="checkbox"/> 弱・ <input type="checkbox"/> 無)	哺乳力 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
	酸素吸入(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	光線療法(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	けいれん(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
保育器(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) / ~ / (日間)、酸素使用(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)			
入院期間 / ~ / (日間)			

4) 乳幼児発達

首の座り ()カ月	寝返り()カ月	おすわり()カ月	ハイハイ()カ月
つかまり立ち ()カ月	歩行()カ月	人見知り()カ月	
バイバイ等の身振り()カ月	単語()歳()カ月、二語文()歳()カ月		

家族用

5) 日常生活状況 (□は当てはまるものに☑を付けてください)

①言葉について教えてください

・単語	(でていることば):
・二語文	(でていることば):
・三語分	(でていることば):
・ことばの理解	(<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 気になる) 具体的に:
・発音	(<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 気になる) 具体的に:

②対人関係 (下記項目に当てはまるものはない)

<input type="checkbox"/> 視線が合いにくい	<input type="checkbox"/> 他人に反応しない	<input type="checkbox"/> 自分から友達を作れない	<input type="checkbox"/> 他者と喜びを共有しない
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

②コミュニケーション (下記項目に当てはまるものはない)

<input type="checkbox"/> ごっこ遊びやおもちゃを使った物まね遊びはほとんどしない	<input type="checkbox"/> 他人との対話が続かない
--	--------------------------------------

④こだわり (下記項目に当てはまるものはない)

<input type="checkbox"/> 限定された物(車輪、回るもの、水、糸など)	<input type="checkbox"/> 手順のこだわり(道順、自分のルールなど)
--	---

⑤感覚過敏 (有・ 無)

<input type="checkbox"/> 音への過敏	<input type="checkbox"/> 光への過敏	<input type="checkbox"/> 衣類繊維への過敏	<input type="checkbox"/> 他者から触れられることへの過敏
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

⑥行動 (下記項目に当てはまるものはない)

<input type="checkbox"/> 不器用	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ちょっかいを出す	<input type="checkbox"/> かんしゃくが強い	<input type="checkbox"/> 忘れ物が多い
------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

⑦移動運動 (下記項全て可) (※下記項目で、できるものに☑をつけてください)

<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> 腹ばい移動	<input type="checkbox"/> よつばい移動	<input type="checkbox"/> つたい歩き
<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 階段上り	<input type="checkbox"/> 階段下り	<input type="checkbox"/> 走る

⑧乳幼児期栄養

<input type="checkbox"/> 母乳、 <input type="checkbox"/> 人工、 <input type="checkbox"/> 混合	離乳開始()か月頃	体重増加(<input type="checkbox"/> 良い・ <input type="checkbox"/> 不良)
哺乳量(<input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 普通)	育てやすかったですか?(<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)	

⑨食事

<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 半介助、 <input type="checkbox"/> 全介助	使用できるもの(<input type="checkbox"/> 箸、 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク、 <input type="checkbox"/> 手づかみ)
偏食(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	嫌いな食べ物: 好きな食べ物:

⑩排泄

尿: 昼間(<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 失敗多い・ <input type="checkbox"/> おむつ使用)	尿: 夜間(<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 失敗多い・ <input type="checkbox"/> おむつ使用)
便: (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 失敗多い・ <input type="checkbox"/> おむつ使用)	

裏面もご記入ください

家族用

①生活リズム

朝起き (<input type="checkbox"/> 自分で起きる、 <input type="checkbox"/> 声掛けで起きる、 <input type="checkbox"/> なかなか起きない)		
朝食 ()時()分頃	夕食 ()時()分頃	就寝 ()時()分頃
寝つき (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 夜間に目が覚める)		

②衣服の着脱

着ること (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助)	脱ぐこと (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助)
---	---

③テレビ視聴やゲームに関してお答えください。

・一日のテレビ/ビデオ (YouTube等) の視聴時間 (平日 時間)、(土日 時間)
・テレビゲームやスマホ等でゲームをされていますか? (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)

・ゲームについて「はい」と回答した方のみお答えください。

頻度	<input type="checkbox"/> 土日のみ	<input type="checkbox"/> 週3日以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
機器:スマホ/タブレット (Switch等含む)	<input type="checkbox"/> 30分以内	<input type="checkbox"/> 1時間程度	<input type="checkbox"/> 2時間以上
機器:TVゲーム	<input type="checkbox"/> 30分以内	<input type="checkbox"/> 1時間程度	<input type="checkbox"/> 2時間以上
使用時間帯	<input type="checkbox"/> 夕食前まで	<input type="checkbox"/> 21時頃まで	<input type="checkbox"/> 22時以降
他者との交流	<input type="checkbox"/> 一人で行う	<input type="checkbox"/> 友達と集まって行う	<input type="checkbox"/> オンラインで友達と行う
課金	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 自身の小遣いの中で課金している。 (月 円) (最大 円)	
	<input type="checkbox"/> その他		

・ゲーム中に別の行動 (食事や入浴) を促した際の、お子さんの様子を教えてください。

<input type="checkbox"/> 素直に応じる	<input type="checkbox"/> しぶしぶ応じる	<input type="checkbox"/> 無視する/応じる	<input type="checkbox"/> 不機嫌/応じる	<input type="checkbox"/> 怒る/応じる
		<input type="checkbox"/> 無視する/応じない	<input type="checkbox"/> 不機嫌/応じない	<input type="checkbox"/> 怒る/応じない

・応じない場合どうされますか? ()

6)既往歴 (過去にかかった疾患に☑を記入)

<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> その他 ()

7)予防接種 (過去に接種したものに☑を記入)

<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> ツ反	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> その他 ()	

家族用

7. 福祉サービスについて (現在利用している・ 過去に利用していた・ 利用したことはない)

<input type="checkbox"/> 児童発達支援	(事業所名:)
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	(事業所名:)
<input type="checkbox"/> 日中一時支援	(事業所名:)
<input type="checkbox"/> その他	(事業所名:)

8. 家族の方の相談先、サポート体制について

1) 家族自身の相談先について

① 困りごと等を気軽に相談できる相手はいますか? (有・ 無)

② 相談先がある場合、下記のあてはまるところに をつけてください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 母方祖母・ <input type="checkbox"/> 母方祖父・ <input type="checkbox"/> 父方祖母・ <input type="checkbox"/> 父方祖父・ <input type="checkbox"/> その他親族 ()
<input type="checkbox"/> 学校・園	<input type="checkbox"/> 担任・ <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー等・ <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 相談機関等	<input type="checkbox"/> 保健師・ <input type="checkbox"/> 市町村子ども課等・ <input type="checkbox"/> 児童家庭支援センター・ <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 児童相談所・ <input type="checkbox"/> 医療機関 ()・ <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 友人等 ・ <input type="checkbox"/> 職場 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()

2) 家族自身に対するサポート体制について

① 家族や親族のサポートは受けることができますか? (有・ 無)

<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 母方祖母・ <input type="checkbox"/> 母方祖父・ <input type="checkbox"/> 父方祖母・ <input type="checkbox"/> 父方祖父・ <input type="checkbox"/> その他親族 ()
--

② 家族以外のサポートは受けることができますか? (有・ 無)

<input type="checkbox"/> 福祉サービス等の利用	()
<input type="checkbox"/> その他	()

9. 診察後の文書(検査結果や配慮等を記載したもの)は、学校・園等から依頼されていますか?

(はい・ いいえ) ※文書作成(有料)には申し込みが必要となります。

提出先	()
-----	-----

10. 当院では、子育て(ほめ方、かかわり方)に関する家族教室(個別・集団でのペアレント・トレーニング)を実施しています。案内を希望されますか? (※参加には医師の指示が必要となります。ご希望に添えない場合もございます)

(<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> まだわからない)

11. 子育ては楽しいですか? 以下の当てはまるところに をつけてください。

<input type="checkbox"/> 楽しい・ <input type="checkbox"/> やや楽しい・ <input type="checkbox"/> ふつう・ <input type="checkbox"/> どちらでもない・ <input type="checkbox"/> やや困っている・ <input type="checkbox"/> 困っている・ <input type="checkbox"/> 非常に困っている
困っていること:

・意見書等の依頼や、第三者(学校・園の先生等)の診察への同席等は、事前のご連絡が必要となります。

・電話や窓口での予約・相談は地域連携室がご対応いたします。 TEL:0957-46-3364