発達外来　診察前アンケート

記入者（　　　　　　　　　　）　記入日：令和　　年　　月　　日

お子様の　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）、生年月日　　年　　月　　日生（　　歳　　ヵ月）

現住所 〒

携帯電話：　　　　　　　　（続柄： 　）、固定電話：　　　　　　　　　、FAX：

ご紹介： 無 ・ 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

・園/学校生活で気になる点はありますか？ （　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*

5,本人と同居している家族

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族欄 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 健康状態 | 備考（勤務先・在校名など） |
| 父 |  |  |  |  |
| 母 |  |  |  |  |
| 本人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □：特に問題なし | □：異常あり | □：流産の経験（自然・人工） |

・今回の妊娠

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □：特に問題なし | | | | | |
| □：性器出血 | □：発熱 | □：羊水過多 | □：前置胎盤 | □：切迫流産 | □：その他（　　　　） |

(2)出産時

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出産病院（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）、母年齢（　　　）歳 | | | | |
| ・在胎週　（　　　　　　）週　　　・胎位　　（　　　　　　）  ・アプガー　　　　　　　　点  ・微弱陣痛（ □有・□無 ） | | | 帝王切開（ □有 ・ □無 ）  吸引分娩（ □有 ・ □無 ）  鉗子分娩（ □有 ・ □無 ） | |
| 生下時体重：　　　ｇ | 身長：　　　　ｃｍ | 頭囲：　　　　ｃｍ | | 胸囲：　　　　ｃｍ |

(3)新生児期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □異常なし | 仮死 　（□有・□無） | 黄疸（□無・□普・□強） | 哺乳力　 （ □弱・□普 ） |
|  | 酸素吸入（□有・□無） | 光線療法(□有・□無） | けいれん　( □有・□無 ） |
| 保育器（ □有・□無 ）　 　/　　～　 　/　　（　　日間）、酸素使用（ □有・□無 ） | | | |
| 入院期間: 　　/　　～　 　/　　（　　日間） | | | |

(4)乳幼児発達

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 首の座り　　　　（　　）ヵ月 | 寝返り（　　）ヵ月 | おすわり（　　）ヵ月 | ﾊｲﾊｲ（　）ヵ月 |
| つかまり立ち　　（　　）ヵ月 | 歩行　（　　）ヵ月 | 人見知り（　　）ヵ月 | |
| ﾊﾞｲﾊﾞｲ等の身振り（　　）ヵ月 | 単語（　　）歳（　　）ヵ月　、二語文（　　）歳（　　）ヵ月 | | |

(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。（太字は必ずご記入ください）

　・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（ □よい　・ □気になる ）具体的に：

　・発音　　　　（ □よい　・ □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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □視線が合いにくい | □他人に反応しない | □自分から友達を作れない | □他者と喜びを共有しない |

③ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ（□：下記項目に当てはまるものはない）

|  |  |
| --- | --- |
| □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。 | □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）

|  |  |
| --- | --- |
| □限定された物（車輪、回るもの、水、糸など） | □手順のこだわり（道順、自分のルールなど） |

⑤感覚過敏 （ □有 ・ □無 ）

|  |
| --- |
| □：音への過敏、□：光への過敏、□：衣類繊維への過敏、□：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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □不器用 | □落ち着きがない | □ちょっかいを出す | □かんしゃくが強い | □忘れ物が多い |

⑦移動運動 （できるもの全てに☑をつけてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □寝返り | □腹ばい移動 | □よつばい移動 | □つたい歩き |
| □歩行 | □階段上り | □階段下り | □走る |

⑧乳幼児期栄養

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □：母乳、□：人工、□：混合 | 離乳開始（　　）か月頃 | 体重増加（□良い・□不良） |
| 哺乳量（□:少ない・□：普通） | 育てやすかったですか？（□はい　・　□いいえ） | |

⑨食事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □自立、□半介助、□全介助 | 使用できるもの（□：箸、□：スプーン・フォーク、□：手づかみ） | |
| 偏食（ □有・□無 ） | 好きな食べ物： | 嫌いな食べ物： |

⑩排泄

|  |  |
| --- | --- |
| 尿：昼間（□自立・□失敗多い・□おむつ使用） | 尿：夜間（□自立、□失敗多い、□おむつ使用） |
| 便：　　（□自立・□失敗多い・□おむつ使用） | |

⑪生活リズム

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 朝起き（□：自分で起きる、□：声掛けで起きる、□：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（□：良い　　　　□：悪い、　　　　　□：夜間に目が覚める） | | |

⑫衣服の着脱

|  |  |
| --- | --- |
| 脱ぐこと（□自立、□半介助、□全介助） | 着る事（□自立、□半介助、□全介助） |

*裏面もご記入ください*

⑬テレビ視聴やゲームに関してお答えください。

・一日のﾃﾚﾋﾞ/ﾋﾞﾃﾞｵ（youtube等）の視聴時間（平日　　　　時間）、（土日　　　　時間）

・ﾃﾚﾋﾞｹﾞｰﾑやｽﾏﾎ等でゲームをされていますか？（ はい ・ 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 | □土日のみ | □週3以上 | □ほぼ毎日 |
| 機器：ｽﾏﾎ/ﾀﾌﾞﾚｯﾄ（DS等含む） | □30分以内 | □1時間程度 | □2時間以上 |
| 機器：TVｹﾞｰﾑ | □30分以内 | □1時間程度 | □2時間以上 |
| 使用時間帯 | □夕食前まで | □21時頃まで | □22時以降 |
| 他者との交流 | □一人で行う | □友達と集まって行う | □ｵﾝﾗｲﾝで友達と行う |
| 課金 | □していない | □自身の小遣いの中で課金している。  （月　　　　　　　円）（最大　　　　　　円） | |
| □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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □素直に応じる | □しぶしぶ応じる | □無視する/応じる  □無視する/応じない | □不機嫌/応じる  □不機嫌/応じない | □怒る/応じる  □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）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □麻疹 | □水ぼうそう | □おたふく | □風疹 | □喘息 | □痙攣 |
| □アトピー | □中耳炎 | □アレルギー性鼻炎 | | □その他（　　　　　　　　） | |

(7)予防接種（過去に接種したものに☑を記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ポリオ | □ツ反 | □BCG | □三種混合 | □日本脳炎 |
| □麻疹 | □風疹 | □インフルエンザ | □その他（　　　　　　　　　　　） | |

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）

|  |
| --- |
| □児童発達支援　　　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □放課後等デイサービス（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □日中一時支援　　　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

8,子育ては楽しいですか？（　はい　・　いいえ　）

|  |
| --- |
| 困っている事： |

「お願い」

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

**診察の予約を取る際に、係の者にお知らせください。**

・お電話でのご予約/ご相談は地域連携・相談室がご対応いたします。あゆみの家の代表番号とは異なりますので、ご注意ください。**地域連携・相談室TEL：0957-46-3364**