

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^{ふりがな}氏名（男・女）、生年月日 年 月 日生（ 歳 カ月）

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

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

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

・今回の妊娠

<input type="checkbox"/> ：特に問題なし					
<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	<input type="checkbox"/> ：その他（ ）

(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"/> 無・ <input type="checkbox"/> 普・ <input type="checkbox"/> 強）	哺乳力（ <input type="checkbox"/> 弱・ <input type="checkbox"/> 普）
	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（ ）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	
ハイハイ等の身振り（ ）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）

<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
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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）

<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"/> 他人との対話が續かない
---	--------------------------------------

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（できるもの全てに☑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）	好きな食べ物：	嫌いな食べ物：

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）	

⑪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）		

⑫衣服の着脱

脱ぐこと（ <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 半介助、 <input type="checkbox"/> 全介助）	着る事（ <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 半介助、 <input type="checkbox"/> 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? (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	<input type="checkbox"/> 土日のみ	<input type="checkbox"/> 週3以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
機器:スマホ/タブレット(DS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"/> 痙攣
<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"/> 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 ()	

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:)

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