

【 発達相談 問診票 】

△診断書目的のみでの受診はできません。(特別児童扶養手当・障害児福祉手当等)

△診断書作成には、定期的に経過をみるために継続した受診が必要になります。



記入日	年	月	日	記入者氏名	(続柄:)
-----	---	---	---	-------	--------

※は必ずご記入下さい。

※ ふりがな					
※ お子さんの氏名	※ お子さんの生年月日		平成・令和	年	月 日
	※ 性別	男・女	※ お子さんの年齢	歳	ヶ月
所属している 園名・学校名	() 年少・年中・年長 / 年生(普通・通級・特別支援学級)				
※ 住所	〒				
※ TEL	[父・母・その他()]				
ふりがな					
メールアドレス					

◎今までにかかった病気があればご記入下さい。

病名	いつから	状態(完治・観察中・治療中)	病院名	処方薬の有無
現在服用中の薬()				
○目の見え方や耳の聞こえ方について指摘されたことはありますか？			通院・治療の経験があれば上にご記入下さい。	
なし・あり →(内容:)				

① これまでに発達やこころの状態に関して専門の相談機関や病院・療育機関を利用されたことがありますか？

なし・あり

利用機関名 <small>(例: 児童相談所、教育センター、スクールカウンセラーなど)</small>	利用時期と頻度 <small>(例: 2018年4月～2019年4月、週1回)</small>

② これまでに以下の検査を受けた経験、もしくは受ける予定はありますか？

【発達検査】 (WISCⅢもしくはⅣ、田中ビネー、新版K式 など) 教育委員会による就学指導の検査についてもご記入下さい。

なし・あり

検査名がわからない場合は、「不明」、もしくは、どんな検査か内容をわかる範囲でご記入下さい。

検査名	実施年月日(予定日)	実施施設名	結果(わかる範囲で)

☆発達検査の結果の書類やメモなどは問診表と一緒に提出して下さい。

お手元がない場合は、実施施設へのご確認と、可能であれば受診日に持参をお願い致します。

【起立試験】

なし・あり・不明

実施年月日	検査した場所	起立性調節障害の診断
		あり・なし

【 発達相談 問診票 】

③ 「障害者手帳」をお持ちですか？

なし ・ あり → 愛護手帳 A・B (取得時期: _____ 次回更新時期: _____)
 精神障害者保健福祉手帳 (取得時期: _____ 次回更新時期: _____)
 身体障害者手帳

④ 「特別児童福祉手当」、「障害児福祉手当」等診断書を作成したことがありますか？

なし ・ あり → (作成した病院名: _____)

⑤ 当院の受診を希望された目的や相談内容を教えて下さい。

(例:言葉が遅い、多動、コミュニケーションが苦手、不登校・不登園、診断希望、検査希望、療育希望、セカンドオピニオン、健診後精査など)

⑥ 受診を希望されたきっかけに当てはまるものにチェックして下さい。

ご家族が心配で 園や学校の先生に勧められて 保健師に勧められて 健診で精査となったため
その他、ご自由にお書き下さい。

⑦ 現在、困っている内容を具体的に教えて下さい。

⑧ ご家族を教えてください。また病気をお持ちでしたらご記入ください。

続柄	ご氏名	年齢	同居・別居	ご職業または学校名・園名	病気の有無
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		

⑨ どのようなお子さんですか？思い出せる範囲で、赤ちゃんの頃から順をおって教えて下さい。

【在胎】(_____ 週) 【出生体重】(_____ g) 自然分娩 吸引分娩 帝王切開 無痛分娩

【出産時または出産前後で何か気になることがありましたか？】

なし ・ あり → (具体的に: _____)

【首のすわり】(_____)ヶ月ごろ

【一人歩き】(_____)歳 (_____)ヶ月ごろ

【ばいばいをした時期】(_____)歳 (_____)ヶ月ごろ

【発語】(_____)歳 (_____)ヶ月ごろ

【乳幼児健診で発達の遅れなどを指摘されたことはありますか？】

なし ・ あり → (いつ: _____ 内容: _____)

(例:よく泣く、抱っこを嫌がる、手のつかからない子、などの特徴や、歩き始めてからの様子、集団に入ってから様子などご自由にお書き下さい。)

【 発達相談 問診票 】

⑩ 一日のうちテレビやDVDなどに接している時間について教えてください。

・テレビ・DVDを見る時間 ()時間
・ゲーム・パソコンの時間 ()時間

・居間でテレビがついている時間 ()時間
・携帯電話(スマホ) ()時間

⑪ 睡眠時間についてお聞きます。

・朝何時に目覚めますか？ ()時

・夜は何時に眠りますか？ ()時

・お昼寝: しない ・ する → ()時 から ()時ごろまで

⑫ お子さんの好きな遊びを教えてください。

⑬ お子さんの良いところ、すぐれているところをできるだけたくさん教えてください。

(例: 元気にあいさつができる、学校の支度ができる、家族が大好き、など)

⑭ お子さんの苦手なものや行動などがあれば教えてください。

(例: 慣れない場所、大きな音、食べ物の臭い、など)

⑮ お子さんのことで、ご家族のなかに意見や方針の違いはありますか？

なし

あり → (具体的に:)

⑯ その他気になることやご家族のお考えや要望などありましたら教えてください。

お手数ですが、この用紙をあいだクリニックに郵送、FAXでお送りいただくかご持参下さい。

〒030-0902 青森市合浦1丁目2-21

FAX: 017-762-0811

TEL: 017-762-0810

【当院からの連絡方法について】

(1) 問診票受付時にハガキかメールにてご連絡差し上げます。ご希望される連絡方法に○をお願いします。

ハガキ ・ メール ※ メールをご希望の方は受信出来るように設定の確認をお願いします。

(2) 順番になりましたら受診方法をお電話にてご連絡いたします。

ご対応可能な曜日や時間などご希望がありましたら下記にご記入ください。

月・火・水・木・金・土 ・ いつでもOK

対応可能時間:

ご記入ありがとうございました。

