

笑顔のこどもクリニック阿佐ヶ谷 発達外来・育児相談 問診票

ふりがな

お名前()性別(男・女) 生年月日 年 月 日
記入者氏名() 受診者との続柄()

当外来を受診された理由、きっかけについてお聞きます
受診された理由、または主に相談されたい内容

気づいたのはいつ頃ですか、または初めて指摘されたのはいつ頃ですか

過去に他院、他機関などでご相談されたことはありますか

ない ・ ある → それはいつ頃ですか
年 月 病院・相談機関名()

相談後の対応、診断名、処方など

()

これまでに発達の評価(発達検査)を受けられたことはありますか

ない ・ ある → 検査についておききます

いつ頃 年 月 (歳 ヶ月)

実施機関 ()

検査の名前()

* 検査結果の控えをお持ちでしたらご提示をお願いいたします

お子様のこれまでの成長発達経過についてお聞きます

発達の経過についてお聞きます

首がすわった ()ヶ月
おすわりをする ()ヶ月
はいはいをする ()ヶ月
つかまり立ちをした ()ヶ月
ひとりで歩いた ()歳()ヶ月
意味のある単語が1~2語言える ()歳()ヶ月
二語文を話す ()歳()ヶ月

乳幼児健診のときに何か問題を指摘されたことはありますか

ない ・ ある → それはいつ頃どのような内容でしたか
()

現在の生活習慣についてお聞きます

食事 (食思良好、食欲がおちている、ほとんど食べない、食べ過ぎる、極端な偏食がある)
()

睡眠 (ぐっすり眠れている、熟睡できない、寝つけない、途中で目が覚める、
朝早く目がさめてしまう、昼夜逆転している、睡眠リズムがずれていく)

入眠時間～起床時間(: ~ :)

入浴、洗面、更衣、手洗いなど

問題ない・問題がある ()

ご本人の性格についてご記入ください

()

友だちは多いですか(多い・普通・少ない)

遊び相手 (同級生、年下、年上、大人、家族のみ、誰とも遊ばない)

友だちとの遊びの内容をご記入下さい

()

ご家族についてお聞きます

現在同居されているご家族についてお書き下さい (ご記入が難しい場合には空白でもかまいません)

お名前	性別	続柄	年齢	職業または学校	学歴	持病

ご家族ないしご親族で健康上の問題または病気の既往のあった方はいらっしゃいますか

ご家族ないしご親族で幼少期に言葉の遅れや多動などを指摘された方はいらっしゃいますか

最後までご記入いただき、ありがとうございました