

発達外来問診票

ふりがな 氏名	年 月 日 記入
	年 月 日生 歳 カ月

学歴について記入してください

未就学／	保育園・幼稚園
	小学校
	中学校
	高等学校

ご家族について記入してください

氏名	続柄	年齢	最終学歴	職業・学校

家族・親戚に下記の病気の方はいらっしゃいますか？

精神疾患（ ）・ 神経・筋疾患（ ）

てんかん・脳性麻痺・その他発達障害

受診された理由、またはご相談されたい内容についてお書きください

いつ頃からですか

過去にお子様の発達や上記について他院で相談されたことはありますか

はい・いいえ

はいの場合、それはいつ頃ですか

年 月（～ 年 月）医療機関名：

◎妊娠・出産についてお聞かせください

妊娠中、以下のような状態はありましたか。当てはまるところに丸を付けてください。

つわり（軽かった・普通・重かった）・切迫流産・切迫早産・うつ状態

母体合併症（タンパク尿・高血圧・むくみ・糖尿・その他）・飲酒・喫煙・薬物

分娩時…正常分娩・吸引分娩・帝王切開・早期破水・微弱陣痛・骨盤位（逆子）

その他（ ）

妊娠週数 週 出生体重 g 身長 cm 頭囲 cm

保育器使用（ 日間） 仮死・チアノーゼ・黄疸・ひきつけ・その他（ ）

◎発達の経過についてお聞かせください

頸がすわる カ月／寝返り カ月／おすわりができる カ月

はいはい カ月／つかまり立ち カ月／一人で立てる 歳 カ月

一人で歩く 歳 カ月／始語 歳 カ月／2語文 歳 カ月

◎行動について伺います。当てはまるものにチェックしてください

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> おとなしくて手がかからない | <input type="checkbox"/> 頑固な夜泣きがある |
| <input type="checkbox"/> 視線が合いにくいと感じることがある | <input type="checkbox"/> 呼びかけられても振り向かないことが多い |
| <input type="checkbox"/> 抱きにくく抱かれにくい | <input type="checkbox"/> 人見知りがない |
| <input type="checkbox"/> 親から平気で離れる | <input type="checkbox"/> じっとせず動き回る |
| <input type="checkbox"/> 何でも物に触る | <input type="checkbox"/> 予想外の出来事に対応するのが苦手だ |
| <input type="checkbox"/> かんしゃくを起こしやすい | <input type="checkbox"/> 同年代の子と遊ぶのが苦手だ |
| <input type="checkbox"/> 言葉でのやり取りが成立しにくい | <input type="checkbox"/> オウム返しをする |
| <input type="checkbox"/> 転びやすい、けがしやすい | <input type="checkbox"/> 偏食が激しい |
| <input type="checkbox"/> 自分で自分をたたくなど、自分を傷つけることがある | |
| <input type="checkbox"/> こだわりがつよい（ ） | |
| <input type="checkbox"/> 奇妙な動作やしぐさがある（ ） | |
| <input type="checkbox"/> 特定の音や感触を嫌がることある（ ） | |