

ふりがな 氏名： _____	性別： 男 ・ 女 _____	年齢： _____ 歳
生年月日： 年 月 日 _____	学校名： _____	年 組 _____
〒 _____	□通常級 □通級 □ことばの教室 □支援級	
住所： _____	_____	
電話： _____	携帯番号： _____	

## ○家族構成についてご記入ください

あなたとの関係	名前	年齢(学年)	職業	同居
例)兄	太郎	14才(中2)	〇〇中学校	○
父				
母				
兄・姉・弟・妹				
その他(祖父母等)				

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## ○アレルギーと言われたことはありますか？

はい ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

## ○今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

## ○現在飲んでいる薬があれば教えてください

はい ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

## ○これまでに精神科、心療内科、療育機関、

相談機関などにご相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容

## ○ご家族の中に精神科・心療内科に

かかれたことのある方はいますか？

はい ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

## ○今日相談したいことは何ですか？具体的にお書きください

(いつ頃から、どのような症状があった…等)

## ○現在の通園、登校状況を教えてください。

- 毎日出席                       遅刻・早退が多い  
 時々休む                         保健室や適応教室へ登校  
 不登校 ( \_\_\_\_\_ 年の頃から)

## ○どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

## ○受診することをお子さんにどのように説明しましたか？

## ○当クリニックにどのようなことを希望されますか？

- 診断                                 検査  
 対応について                       今後について  
 その他( \_\_\_\_\_ )

○生まれてから、現在に至るまでのことを教えてください。現在の年齢のところまでご記入ください。

出生時・乳児期	1) 妊娠 ( 週 日)、出生体重 ( g) <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開
	2) 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? <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった (具体的に: _____ )
	3) 発達について 健診での指摘はありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:( _____ )歳時健診で( _____ )を指摘された ひとり歩き( _____ ヶ月) 初めての言葉( _____ ヶ月)
	4) 1～3歳くらいまでのお子さんの様子で当てはまるものにチェックをしてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 夜泣きが強かった <input type="checkbox"/> おとなしく、手がかからなかった <input type="checkbox"/> かんしゃくをおこしやすかった <input type="checkbox"/> 視線が合いにくかった <input type="checkbox"/> 声かけへの反応が乏しかった <input type="checkbox"/> 抱っこや手をつなぐのを嫌がった <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になった <input type="checkbox"/> 興味のあるもの(おもちゃなど)を人と一緒に共有する、遊ぶことが少なかった <input type="checkbox"/> 大きな声や音を怖がった <input type="checkbox"/> 人見知りが強かった・弱かった <input type="checkbox"/> その他・気になったことなど ( _____ )

幼児期	1) 幼稚園や保育園に通いましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:( _____ )歳から <b>園名:</b> _____
	2) 療育機関に通ったことがありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:( _____ )歳から <b>機関名:</b> _____
	3) 園や集団場面ではどのようなお子さんでしたか? <input type="checkbox"/> 母と離れにくかった <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れづらかった <input type="checkbox"/> 人見知りがあった <input type="checkbox"/> 活動を飛び出すことがあった <input type="checkbox"/> お友達と積極的に遊んでいた <input type="checkbox"/> 一人でいることが多かった <input type="checkbox"/> お友達に誘われたら遊んでいた
	4) 運動会や発表会など行事への参加の様子 <input type="checkbox"/> 問題なかった <input type="checkbox"/> 参加できなかった <input type="checkbox"/> 練習と本番とで様子が違った (具体的に: _____ )
	5) 保育士の先生からはどんな子と言われていましたか? ( _____ )
	6) どんな遊びが好きでしたか? ( _____ )
	7) 3～6歳くらいまでのお子さんの様子で当てはまるものにチェックしてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になった <input type="checkbox"/> 物や場所、衣服、順番にこだわりがあった <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しかった <input type="checkbox"/> パニックや癇癩がひどかった <input type="checkbox"/> 音やにおいに敏感だった <input type="checkbox"/> 手先が不器用だった(ボタンやハサミ使い) <input type="checkbox"/> 興味のある事への知識量がすごく多い <input type="checkbox"/> 指示に従いにくかった <input type="checkbox"/> 落ち着きがなかった <input type="checkbox"/> 人見知りや場所見知りがあった <input type="checkbox"/> その他・気になったことなど ( _____ )



現在の様子

1) 睡眠の問題  ある ・  ない

- 眠れない  寝すぎる  朝起きられない  夜中に目が覚める  昼夜逆転  
 その他 ( )

2) 食欲  ある ・  ない

3) 親子関係・兄弟・仲間関係で気になること  大いにある  ある  ない

- うまく協力できない  うまく話せない  乱暴をする  
 一人でのいる事が多い  一人勝手な行動が多い  決まった友達がいない  
 その他 ( )

4) 休日の過ごし方 (できるだけ具体的にご記入ください)

( )

5) その他、気になること

( )

6) 現在の状況をご両親はどのように考えておられますか。またどのようなことを望んでおられますか。

( )

・ご本人の性格について、当てはまると思う項目にチェックしてください。

- 内向的  社交的  大人しい  神経質  完璧主義  いい加減  
 気が短い  怒りっぽい  気が長い  責任感が強い  頑張りすぎる  気を使いすぎる  
 飽きやすい  落ち着きがない  注意散漫  こだわりが強い  
 その他 ( )

・習い事： ( )、趣味・好きなこと ( )

・ご本人の長所

( )

※問診票はここまでです。記入漏れがないかご確認ください。