

# 小児科発達問診票(初診)

※問診票は受診日までに筑紫病院へFAX(092-921-0910)をお願いします。

(受診日までにFAXができない場合は当日ご持参ください。)

記入日: 年 月 日

お子さんの <sup>ふりがな</sup> 氏名: _____	性別: 男・女	年齢: _____ 歳
記入者氏名: _____ (続柄: _____)		

## ○家族構成

・ごきょうだいがいらっしゃる方はきょうだい系欄の当てはまる関係性を○で囲み、年齢をご記入ください。

・患者さんと同居されている方は□に✓してください。

祖 父 母 系	□祖父 (    歳 )	□祖母 (    歳 )	□祖父 (    歳 )	□祖母 (    歳 )			
父 母 系	□父(    歳 ) [職業:                    ]		□母(    歳 ) [職業:                    ]				
き よ う だ い 系	□ 兄・姉 (    歳 )	□ 兄・姉 (    歳 )	□ 兄・姉 (    歳 )	□ 本人	□ 弟・妹 (    歳 )	□ 弟・妹 (    歳 )	□ 弟・妹 (    歳 )

○アレルギーと言われたことはありますか?                    □いいえ    □はい(                    )

○今までに大きな病気にかかったことはありますか?                    □いいえ    □はい(                    )

○現在飲んでいる薬はありますか?                    □いいえ    □はい(                    )

○ご家族の中に精神科・心療内科にかかられたことのある方はいますか?                    □いいえ    □はい(                    )

○現在、下記の症状があれば✓してください

- 強迫症状(手洗いなど)   
  夜尿・遺尿   
  チック   
  睡眠障害   
  感覚過敏   
  腹痛・頭痛   
  被害妄想

○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)

○これまでに医療機関、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

○本日受診することをお子さんにどのように説明しましたか？

○当院にどのようなことを希望されますか？(複数回答可)

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。

乳  
児  
期

1)発達について

健診での指摘はありましたか？ いいえ はい:( )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)

2)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✓してください。(複数回答可)

- おとなしく手がかからなかった
- 多動で目が離せなかった
- かんしゃくを起こしやすかった
- 視線が合いにくかった
- 抱っこや手をつなぐのを嫌がった
- 外出先でよく迷子になった
- 大きな声や音を怖がった
- 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？ いいえ はい : ( )歳から 園名: \_\_\_\_\_

2)療育機関に通ったことがありますか？ いいえ はい : ( )歳から 機関名: \_\_\_\_\_

3)登園状況について教えてください。

- 毎日出席
- 遅刻・早退が多い(登園渋り)
- 時々休む
- 不登園( )の頃から)

4)園や集団場面ではどのようなお子さんでしたか？(複数回答可)

- 母と離れにくかった
- 新しい環境に慣れづらかった
- 人見知りがあった
- 活動を飛び出すことがあった
- 友達と積極的に遊んでいた
- 1人であることが多かった
- 友達に誘われたら遊んでいた

5)運動会や発表会など行事への参加の様子

- 問題なかった
- 参加できなかった
- 練習と本番とで様子が違った(具体的に: )

6)保育士の先生からはどんな子と言われていましたか？

( )

7)どんな遊びが好きでしたか？

( )

8)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✓してください。(複数回答可)

- 外出先でよく迷子になった
- 物や場所、衣服、順番にこだわりがあった
- 食べ物の好き嫌いが激しかった
- パニックやかんしゃくがひどかった
- 音や臭いに敏感だった
- 手先が不器用だった(ボタンやハサミ使い)
- 興味のあることへの知識量がすごく多かった
- 指示に従いにくかった
- 落ち着きがなかった
- 人見知りや場所見知りがあった
- その他、気になったことなど

( )



○現在の様子について教えてください。

当てはまるものに✓してください。

1)睡眠の問題がありますか？ いいえ はい

「はい」と答えた方は下記で当てはまるものに✓してください。

眠れない 寝過ぎる 朝起きられない 夜中に目が覚める 昼夜逆転

その他( )

2)食欲はありますか？ はい いいえ

3)気分の問題がありますか？ いいえ はい

「はい」と答えた方は下記で当てはまるものに✓してください。

イライラしている 引きこもっている 落ち込んでいる すぐ泣く すぐ怒る

気分にもらがある その他( )

4)親子関係・兄弟関係で気になることはありますか？ いいえ はい

「はい」と答えた方は下記で当てはまるものに✓してください。

うまく協力できない うまく話せない 乱暴をする

その他( )

5)休日の過ごし方(できるだけ具体的にご記入ください)

( )

6)その他、気になること

( )

7)現在のお子さん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？

( )

※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。