

# 発達相談問診票

記入日 年 月 日

記入者名 \_\_\_\_\_  
(ご本人との関係 \_\_\_\_\_)

フリガナ											
お名前	_____	男・女	生年月日	平成	年	月	日	(	歳	か月)	
住所	_____									電話番号	
〒	_____							(	_____	)	
保育園・幼稚園・学校名	_____									学年	_____
保護者氏名	_____									続柄	_____

ご相談したいこと、ご本人について気になることがあれば簡単にご記入下さい。

それはいつ頃からですか？

今までにお困りのことで、医療機関または相談機関に相談されたことはありますか？

( 歳頃)( )病院 ( )科 ( )先生( 年 月から)  
( 歳頃)( )病院 ( )科 ( )先生( 年 月から)  
( 歳頃)( )病院 ( )科 ( )先生( 年 月から)

## 相談機関

( 歳頃)( ) ( 年 月から 年 月)  
( 歳頃)( ) ( 年 月から 年 月)

これまでに、発達や知能検査を受けたことがありますか？

ない ・ ある

※ある方は、最新の検査について教えてください。

検査を受けた時期… \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(わからない場合は、いつ頃か)

どこで…………… \_\_\_\_\_

検査の種類…………… K式 ・ ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS ・ その他( )  
わからない

結果(わかれば)…

生まれてからのこれまでのこととお伺いします。

※妊娠中、出産時のことについて

妊娠中の問題          なし          ・          あり

・お母様の健康状態 \_\_\_\_\_

・大きな病気、または心配だったこと \_\_\_\_\_

※出産時について

・出生体重( \_\_\_\_\_ kg) ( \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日にて出生) ( \_\_\_\_\_ )産院・病院

・出生時は

普通分娩 ・ 早期破水 ・ 陣痛微弱 ・ 骨盤位(逆子)  
鉗子分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開 ・ 臍帯巻絡 ・ その他( )

・生まれてから、何か特別なことはありましたか

特にない ・ 仮死 ・ チアノーゼ ・ ひきつけ ・ 激しい泣き

未熟児…… 保育器使用なし          あり ( \_\_\_\_\_ 日間)

黄疸……… なし                                  あり ( 強い黄疸 ・ 交換輸血 ・ 光線療法 ・ 母乳停止 )

哺乳の異常…( \_\_\_\_\_ )

その他………( \_\_\_\_\_ )

※乳幼児期について

- 首のすわり \_\_\_\_\_ か月      •お座り \_\_\_\_\_ か月      •ハイハイ \_\_\_\_\_ か月
- 後追い \_\_\_\_\_ か月      •つかまり立ち \_\_\_\_\_ か月
- 歩き始め \_\_\_\_\_ か月 または \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月
- 指さし \_\_\_\_\_ か月
- 人見知り \_\_\_\_\_ か月( 強かった ・ ある程度 ・ ほとんど無かった )
- 意味のある言葉(始語 ) (単語) \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 ・(2文語)「ブーブー来た」など \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月
- 排泄自立 小 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 大 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 \_\_\_\_\_
- 感覚過敏 ( なし ・ あり \_\_\_\_\_ )
- 3～4か月健診、9～10か月健診、1歳半健診、3歳児健診で何か指摘されたことはありますか？

---

---

---

保育園・幼稚園について

- \_\_\_\_\_ 歳      保育園・幼稚園
- \_\_\_\_\_ 歳      保育園・幼稚園
- \_\_\_\_\_ 歳      保育園・幼稚園

※登園の様子:    すぐなじんだ    •    なじむのに時間がかかった    •    その他 \_\_\_\_\_

※習い事や塾に通っている:    はい    •    いいえ    具体的に \_\_\_\_\_

※この時期、気になったことがありましたらご記入ください

---

小学校について

歳

小学校入学

歳

小学校転入

歳

小学校卒業

※登校の様子: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※友達関係: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※学業の様子:( 良い ・ 普通 ・ もう少し )

具体的に \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※運動の様子: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

現在の状態についてお伺いします。

身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg

ご兄弟は ( いる ・ いない ) ※いる場合 兄( )歳 ( )歳  
姉( )歳 ( )歳  
弟( )歳 ( )歳  
妹( )歳 ( )歳

以前かかった病気を教えてください( □にレ点を入れてください )

- はしか             ふうしん             みずぼうそう  
 おたふくかぜ    熱性けいれん  
 突発性発疹       喘息あるいは喘息性気管支炎  
 溶連菌感染症    RS感染症  
 その他の病気( \_\_\_\_\_ )

アレルギーについて( □にレ点を入れてください )

- わからない  
 なし  
 あり    食べ物( ミルク たまご 小麦 その他: \_\_\_\_\_ )  
          薬剤 ( \_\_\_\_\_ )

服用中のお薬について

※現在、服用中のお薬はありますか

なし      ・ あり (薬の名前: \_\_\_\_\_ )

※気になったことがありましたらご記入ください

---

---

---

---

---

---