

発達外来問診票

サポートハウス ココロネ住吉

| | | | |
|-------------------|----------------|----|--------|
| 記入年月日 | (カタカナ) | | |
| 年 月 日 | 記入者氏名 | | 続柄 () |
| お子さんの氏名 (漢字) | お子さんの氏名 (カタカナ) | | 呼び名 |
| 生年月日 (西暦) | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 所属している保育園・幼稚園・学校名 | | | 学年 |

1. ①相談したい症状で当てはまるものがありますか。当てはまるものにレ点をいれてください。(複数回答可)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. コミュニケーションの苦手さ <input type="checkbox"/> 2. 言いにくい音がある <input type="checkbox"/> 3. チック症状がある <input type="checkbox"/> 4. 吃音症状がある <input type="checkbox"/> 5. こだわりが強い <input type="checkbox"/> 6. 集団行動の苦手さ <input type="checkbox"/> 7. 登園・登校をしたがらない <input type="checkbox"/> 8. 学習面での困りごと <input type="checkbox"/> 9. 身体機能の維持・向上 | <input type="checkbox"/> 10. 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 11. 感覚の過敏さ <input type="checkbox"/> 12. 発語が遅い <input type="checkbox"/> 13. 気持ちの切り替えに時間を要す <input type="checkbox"/> 14. 痙攣(かんしゃく)を起こしやすい <input type="checkbox"/> 15. 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> 16. 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 17. 不器用・運動が苦手 <input type="checkbox"/> 18. その他 |
|---|--|

②特に1番気になる症状の番号とその状態がいつ頃から見られだしたかをお答えください。

1番気になる症状..... () ※上記番号記入

その症状がいつ頃から起きたか..... ()

2. 上記の事でこれまでに他の医療機関・相談機関にかかったことがありますか。
「ある」と答えた方は、医療機関名・時期・診断・検査・治療訓練の有無を
わかる範囲でお答えください。

ある ない

| 医療機関名 | 時期 | 診断名 | PT (理学療法) | OT (作業療法) | ST (言語療法) | 治療継続中 |
|-------|------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 年 月～ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 年 月～ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 年 月～ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. 今回の受診では、どのようなことを希望されますか。(複数回答可)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 診断書など各種書類希望 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 対応方法についての相談 <input type="checkbox"/> 作業療法 | <input type="checkbox"/> 発達検査・知能検査 <input type="checkbox"/> 言語療法 |
|--|---|---|

4. 現在、服用治療をされていますか。
「ある」の場合、薬剤名をお書きください。
【薬剤名】

ある ない

※ 受診当日、お薬手帳をお持ちであればご持参ください!

5. 社会福祉サービスで該当項目があればお書きください。

| | | |
|--------|---|---|
| 【障害手帳】 | <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> 持っていない (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) () 種 () 級 () 級 |
|--------|---|---|

| 【福祉サービスの活用】 | サービス種類 | 利用箇所 | 利用回数 | |
|-------------------------------------|-------------------------------|------|------|---|
| | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | | 箇所 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ | | 箇所 | 月 | 週 |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | | 箇所 | 月 | 週 |
| <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | | 箇所 | 月 | 週 |
| <input type="checkbox"/> 療育 | | 箇所 | 月 | 週 |
| <input type="checkbox"/> 生活介護 | | 箇所 | 月 | 週 |
| <input type="checkbox"/> 短期入所 | | 箇所 | 月 | 週 |

6. お母さまの周産期歴で該当項目があればお書きください。
 異常指摘を受けた 異常はなかった
 羊水過多 母体感染 切迫早産 胎盤早期剥離
 薬物使用 飲酒 喫煙
 その他 ()

7. 出産時の状況についてお答えください。
【在胎週数】 週
【分娩】 正常分娩 吸引分娩 帝王切開
 前期破水 陣痛促進剤使用
【出生時】 異常あり 異常なし
 仮死 けいれん 小児科・NICU入院
 治療を要する黄疸 光線療法 交換輸血

8. 出生時身長・体重・頭囲をお書きください。
【身長】 cm 【体重】 g 【頭囲】 cm

9. 乳児期の栄養についてお答えください。
【栄養種類】 母乳 ミルク 混合
【飲み方】 普通 弱かった その他 ()

10. 発達の様子についてお答えください。母子手帳を観ながらお書きください。
【運動発達】
①寝返り： カ月
②はいはい： カ月
③一人座り： カ月
④一人立ち： カ月
⑤一人歩き： カ月
⑥コップで飲む： カ月
⑦意味のある言葉を発する カ月
⑧2語文（「おもちゃ、ほしい」など） カ月
【排泄・睡眠】
⑨日中の排泄自立 歳 カ月
⑩排便の自立 歳 カ月
⑪夜泣き ない ある ひどい

11. 検診についてお答えください。
【1歳半健診】 異常指摘なし 指摘があった：(内容)
【3歳児健診】 異常指摘なし 指摘があった：(内容)
【就学前健診】 異常指摘なし 指摘があった：(内容)
【その他の健診】 異常指摘なし 指摘があった：(内容)
【保健師から声を掛けられたこと】 ない ある

12. 記載している病気やクセが今までにありましたか。
 熱性けいれん てんかん ぜんそく 頭部外傷 チック
 爪かみ 指しゃぶり 吃音・どもり 乳児期以降の夜泣き
 ひどい寝ぼけ 小学生高学年以降に続く夜尿

13. 今までにひきつけやけいれんを起こしたことがありますか。 ない ある
「ある」の方は、分る範囲で質問事項にお書きください。
【診断名】
【けいれんの仕方・部位】
【初めて起こった年齢】 歳 カ月
【けいれんの頻度】 日・週・月 回

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
| 14. 今までに入院するようなケガや病気、手術歴があればお書きください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 歳 | (内容) | |
| <input type="checkbox"/> | 歳 | (内容) | |
| 15. お子さんの行動でこれまでに当てはまっていたものがあればお答えください。 | | | |
| 【出生から1歳半まで】 | <input type="checkbox"/> 視線が合わなかった <input type="checkbox"/> あやしても笑わなかった <input type="checkbox"/> 抱っこしても抱きついてこなかった <input type="checkbox"/> いないいないばあっ！をしても関心を示さなかった <input type="checkbox"/> 人見知りをしなかった <input type="checkbox"/> 人見知りが強かった <input type="checkbox"/> 有意味語（ワンワン・マンマなど）がなかった <input type="checkbox"/> 大きな音や声に反応しなかった <input type="checkbox"/> 夜泣きが激しかった | | |
| 【1歳半から3歳まで】 | <input type="checkbox"/> 動き過ぎる所があった <input type="checkbox"/> 母親に甘えることが少なかった <input type="checkbox"/> 母親が見えなくても平気で遊んでいた <input type="checkbox"/> 興味があると母親から離れていき名前を呼んでも振り返らなかった <input type="checkbox"/> 一人にいる方が機嫌が良かった <input type="checkbox"/> 他の子供に関心が無かった <input type="checkbox"/> バイバイなどの真似をしなかった <input type="checkbox"/> 指さした方向を一緒に見ようとしなかった <input type="checkbox"/> 「頂戴！」に応じなかった <input type="checkbox"/> 簡単な会話（例：「ほく、おなかがすいた」など）ができなかった <input type="checkbox"/> 小さな音にも敏感だった <input type="checkbox"/> 体に触られることを嫌がった | | |
| 【1歳半から3歳まで】 | <input type="checkbox"/> 片時もじっとしていなかった <input type="checkbox"/> よく迷子になったが平気だった <input type="checkbox"/> 遊びの順番が待てなかった <input type="checkbox"/> ポーツとしていることが多かった <input type="checkbox"/> 困ったときに助けを求めることが少なかった <input type="checkbox"/> 褒められても喜ばなかった <input type="checkbox"/> 他の子供と遊ぶのを好まなかった <input type="checkbox"/> 集団で他の子供と同じ行動がとれなかった <input type="checkbox"/> ごっこ遊びがなかった <input type="checkbox"/> 周りの人の感情に対して無関心で共感を示さなかった <input type="checkbox"/> すぐおしゃべりだった <input type="checkbox"/> 一方的に自分の言いたい事だけを話した <input type="checkbox"/> 人の話した言葉をその通り繰り返した <input type="checkbox"/> 会話がかみ合わなかった <input type="checkbox"/> 奇声を発した <input type="checkbox"/> いつも行う動作があった（例：体を揺さぶる、足をたたく） <input type="checkbox"/> 物の置き場所、動作の手順などいつもと違ってないととても嫌がった <input type="checkbox"/> 同じビデオを何回も繰り返し観ていた <input type="checkbox"/> 1つのことが大好き <input type="checkbox"/> 予定の変更でパニックになった <input type="checkbox"/> 重い通りにならないと癇癪（かんしゃく）を起した <input type="checkbox"/> 自分を傷つけた（例：たたく・咬む・つねるなど） | | |
| 16. 現在の日常生活についてお答えください。 | | | |
| ① 食事は、一人で食べられますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 手伝いを要す <input type="checkbox"/> 経腸栄養 |
| ② 偏食はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | (内容) |
| ③ 利き手（よく使う手）はどちらですか。 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 | <input type="checkbox"/> 両手 |
| ④ 歯磨きは、一人でできますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 手伝いを要す |
| ⑤ 着替えは、一人でできますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 手伝いを要す |
| ⑥ トイレ動作は、一人でできますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 手伝いを要す |
| ⑦ トイレを我慢することはできますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> オムツに出たら教えられる |
| ⑧ お風呂には、一人で入れますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 手伝いを要す |
| ⑨ 移動手段はなんですか。 | <input type="checkbox"/> 一人歩き | <input type="checkbox"/> ずりばい | <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> 車椅子 |
| ⑩ 階段は、上がれますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| ⑪ ご家族との会話が理解できていますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| ⑫ 継続した睡眠がとれていますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| ⑬ 初潮がありましたか。（対象の方のみ） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | (時期) |
| ⑭ 現在の身長と体重をお答えください。 【 身長 】 | | cm | 【 体重 】 |
| | | | kg |

17. 感覚についてお聞きします。

- | | | | | | |
|------|--------------------------|----|--------------------------|----|------|
| 【音】 | <input type="checkbox"/> | 敏感 | <input type="checkbox"/> | 鈍感 | (内容) |
| 【視覚】 | <input type="checkbox"/> | 敏感 | <input type="checkbox"/> | 鈍感 | (内容) |
| 【臭覚】 | <input type="checkbox"/> | 敏感 | <input type="checkbox"/> | 鈍感 | (内容) |
| 【触覚】 | <input type="checkbox"/> | 敏感 | <input type="checkbox"/> | 鈍感 | (内容) |
| 【気温】 | <input type="checkbox"/> | 敏感 | <input type="checkbox"/> | 鈍感 | (内容) |

18. 集団生活について該当することがありますか。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・学校に行かない | <input type="checkbox"/> 集団行動ができない |
| <input type="checkbox"/> 対人関係が上手くいかない | <input type="checkbox"/> 友達ができない |
| <input type="checkbox"/> 学校でいじめられる | <input type="checkbox"/> 勉強が遅れている、授業についていけない |
| <input type="checkbox"/> 級友をいじめる | <input type="checkbox"/> 学校で暴力・暴言がひどい |

19. お子様の興味のあること、好きな遊び、おもちゃなどがありますか。 ない ある
【内容】

20. お子様の「性格的特徴」を簡単にお答えください。

21. お子様の1日のおおよそのスケジュールについてお聞きします。

- | | | | |
|--------|---|----|-------------------------------|
| 【起床時間】 | 時 | 分頃 | <input type="checkbox"/> 食べない |
| 【朝食】 | 時 | 分頃 | |
| 【昼食】 | 時 | 分頃 | |
| 【夕食】 | 時 | 分頃 | |
| 【就寝】 | 時 | 分頃 | |

22. 家族背景についてお聞きします。

| 続柄 | 年齢 | 職業 | 同居の有無 | 子供さんとの関係性で問題があれば 差支えない範囲でお書きください。 |
|--------|----|----|-------|--------------------------------------|
| 父 | | | | |
| 母 | | | | |
| 兄弟姉妹 | | | | |
| | | | | |
| 祖父(父方) | | | | |
| 祖母(父方) | | | | |
| 祖父(母方) | | | | |
| 祖母(母方) | | | | |

23. ご家族に神経や筋肉の病気の方がおられますか。(例：祖父：筋ジストロフィー症、兄：脳性麻痺など)

24. その他、伝えておきたい事・気になることがあればご記入ください。