

療育相談問診票

記入日：平成 年 月 日

記入者： 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他の養育者（ ）

フリガナ
お名前

男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日（ 歳 ヶ月）

住所 〒

電話番号（ ）

携帯番号

所属（保育園・幼稚園・学校など）

家族構成

続柄	氏名	年齢	職業

◆現在、お子さまのことで気になっておられることはどのようなことですか？

◆それはいつ頃からですか？

◆そのことについて、医療機関で診断を受けられたことはありますか？

- ・ない
- ・ある

いつ？ _____

どこで？ _____

どのような結果でしたか？（診断内容など）

◆上記のほかに、診断や知能検査、発達検査を受けられたことがありますか？

いつ	どこで	内容	結果

◆これまでに治療や訓練のために、通われたところがありますか？

医療機関名等	期間	治療・訓練の内容

◆妊娠中の様子

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（ g）（ 週 日にて出生）

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 ）

哺乳時の異常： なし あり（ ）

その他：（ ）

◆発達の様子

首のすわり_____ヶ月頃 寝返り_____ヶ月頃

お座り_____ヶ月頃 ハイハイ_____ヶ月頃

歩き始め_____ヶ月頃 指さし_____ヶ月頃

意味のある言葉（初語）_____歳 _____ヶ月頃 2語文_____歳 _____ヶ月頃

排泄自立 まだ ・ _____歳 _____ヶ月頃

◆ひきつけについて

いままでにひきつけを起こしたことがありますか？

ない ・ ある： ___ 歳から ___ 歳頃まで（ 1日 ・ 1ヶ月 ）に ___ 回位
現在も、ひきつけを起こすことがありますか？

ない ・ ある：（ 1日 ・ 1ヶ月 ） ___ 回位の割合で起こす
今までに脳波の検査を受けたことがありますか？

ない ・ ある： ___ 歳 ___ ヶ月のときに _____ で受けた
その結果、投薬をすすめられましたか？： いいえ ・ はい
現在、投薬中の場合のお薬の名前をお書きください

◆現在のお子さまの全身状態はいかがですか？

特に問題ない

虚弱である

合併症がある _____

◆保育所・幼稚園・学校・通園施設など、現在に至るまでに通われたところを全てご記入ください

通所機関	通所期間	適応状況

◆次のことについて、お伺いします

性格はどうですか？

普通だと思う ・ 少し変わっているところがあると思う

（例えば、 _____ ）

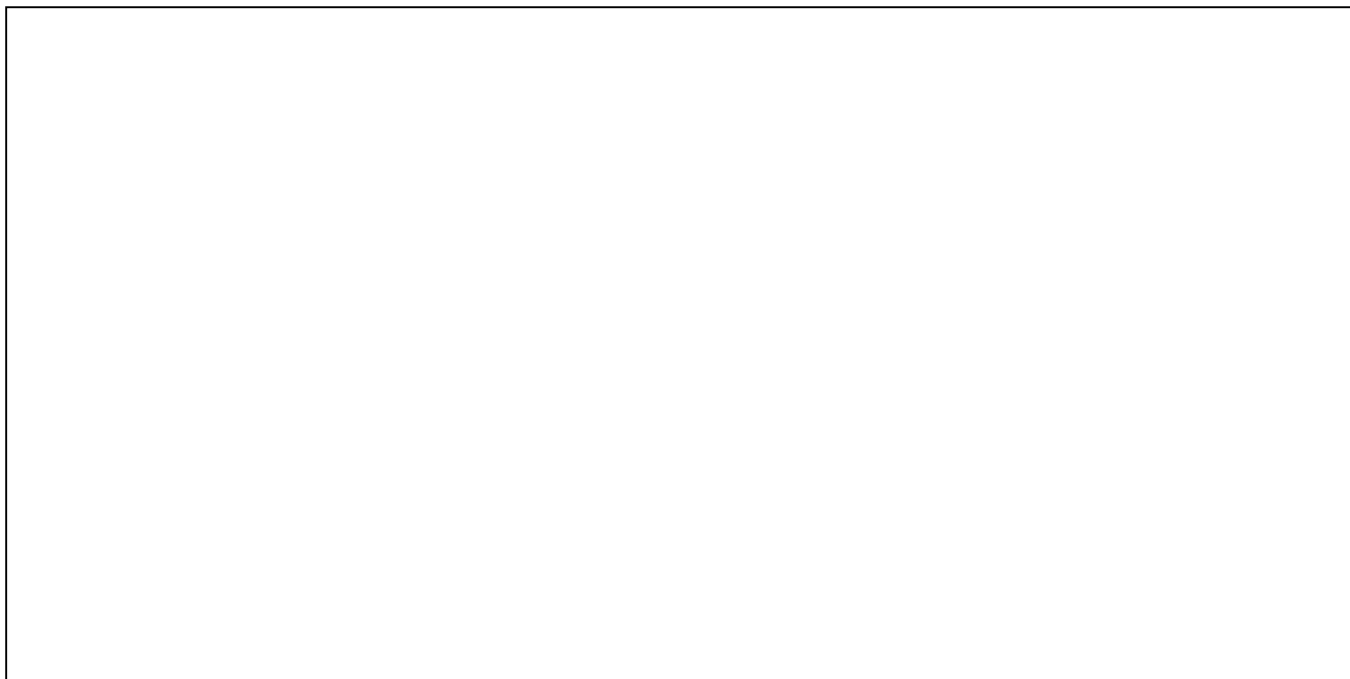
聴力障害はありますか？

ない ・ ある（右： _____ dB 左： _____ dB）

視力障害はありますか？

ない ・ ある（ 斜視 ・ 近視 ・ 遠視 ・ その他 _____ ）

◆その他、気になることがあればお書きください

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write any additional comments or questions.