

問 診 票

記載者氏名( ) 続柄( ) 記載日 令和\_\_年\_\_月\_\_日

受診者名( ) 男・女 生年月日 平成・令和\_\_年\_\_月\_\_日 満\_\_歳

園名 ( )

\* 現在最もお困りのことは何ですか：

\* それはいつ頃からお気づきでしたか：

\* ご家族のことについてお書きください。

父 ( 歳) 氏名 ( ) 健康・病気・別離・死亡 (いつ: )

職業( ) 最終学歴 ( ) 出身地 ( )

性格 :

母 ( 歳) 氏名 ( ) 健康・病気・別離・死亡 (いつ: )

職業( ) 最終学歴 ( ) 出身地 ( )

性格 :

父方祖父 ( 歳) 健康・病気・死亡 母方祖父 ( 歳) 健康・病気・死亡

祖母 ( 歳) 健康・病気・死亡 祖母 ( 歳) 健康・病気・死亡

兄弟姉妹 : 本人を含めてお書きください。亡くなられた方もお書きください。

学年                      性格その他

1. 男・女                      歳

2. 男・女                      歳

3. 男・女                      歳

\* 家族、親族で下記の項目について当てはまるものに○をつけてください。

知的障害 (ない・ある)      発達障害 (ない・ある)      言葉の遅れ(ない・ある)

てんかん (ない・ある)      身体障害 (ない・ある)      精神疾患 (ない・ある)

脳性麻痺 (ない・ある)      その他の先天性疾患 (ない・ある)



\* 健診で指摘されたことや相談したことはありますか

4か月児健診 : はい・いいえ (内容: )

10か月児健診 : はい・いいえ (内容: )

1歳6か月児健診 : はい・いいえ  
(内容: )

3歳児健診 : はい・いいえ  
(内容: )

【幼児期の様子】 \* 学齢期以上のお子さんの場合は思い出してお書きください。

- 1 親から平気ではなれたり、頻回に迷子になったりしますか はい・いいえ
- 2 視線が合わないことはありますか はい・いいえ
- 3 名前を呼んでも気付かないことはありますか はい・いいえ
- 4 言葉の遅れはありますか はい・いいえ
- 5 オウム返しはありますか はい・いいえ
- 6 奇妙な動作やしぐさはありますか はい・いいえ  
(どのような動作やしぐさですか )
- 7 こだわりがありますか はい・いいえ  
(どのようなこだわりですか )
- 8 興味・関心が強いことはありますか はい・いいえ  
(何に対してですか )
- 9 多動傾向はありますか はい・いいえ
- 10 保育所・幼稚園で集団参加はできますか はい・いいえ  
(できない場面 )

【園でよく指摘されたことがあればお書きください】

【幼児期に通った機関、相談した機関・人(園以外:医療機関、保健センター、通園施設、療育教室など)】

| ○年○月～○年○月 | 通った機関、相談した機関・人 |
|-----------|----------------|
|           |                |

【幼児期に通った幼稚園、保育所】 転園につきましてもお書きください。

| ○年○月～○年○月 | 通った機関 | クラスの数<br>(概数) | 担任の数<br>(加配の有無) | 送迎方法 |
|-----------|-------|---------------|-----------------|------|
|           |       |               |                 |      |

【その他、幼児期に気になったことがあれば、自由にお書きください。】

【感覚の特徴】現在の状態について、例の中に当てはまるものがあれば○をつけ、必要に応じて追加事項をお書きください。

1 触覚(さわる)の問題はありますか (ある・ない)

例：特定の服しか着ない(肌触りにこだわるなど)、濡れた服をすぐ脱ぐ、ブラシで髪をとかすことが苦手、特定のものしか食べない、冷めると食べない、流水や砂などをずっと触っている、けがをしても痛がらない、軽い接触には反応しない、抱きしめられることが好き等の触感、圧迫感、硬さ、柔らかさ、鋭さ、鈍さ、暑さ、冷たさ、痛さ等に関する事

内容

2 前庭感覚(バランス)、固有感覚(体の知覚)の問題はありますか (ある・ない)

例：座るとき体を傾ける、一定時間姿勢の保持ができない、体の動かし方がぎこちない、不器用である、動作が鈍い、新しい姿勢に抵抗がある、ブランコを揺らし続ける、トランポリンで跳ね続ける、くるくる回る、動きを始めたたり止めたりすることが苦手、道具をうまく使えない、人との距離をうまく取れない、前に人がいてもよけられない等、運動や位置関係に関する事

内容

3 視覚(見る)の問題はありますか (ある・ない)

例：光るものが好きでじっと見ている、換気扇や車輪がまわる様子や排水の渦をずっと見ている、文字の形が取れない(雑に書く)、読めない(文字を飛ばす)、必要なものを見つけ出せない、蛍光灯の光がちらつく、、必要なものに注意を向けることが難しい、視界に入っているはずなのに無視する、ひもが揺れるのを見る等色、濃淡、線、形、姿、動体視力等に関する事

内容

4 聴覚(聞く)の問題はありますか (ある・ない)

例：特定の音が嫌い、特定の音が好き、騒音の中では集中できない、小さな音でも注意がそれる、聞こえていないような様子を見せる、犬の鳴き声が聞こえると座り込んで動けなくなる、特定の音が嫌で声を出したり耳をふさいだりして音を打ち消そうとする、周りの人には気にならない音に過敏に反応する等、音の大小、高低、近い遠い等に関する事

内容

5 味覚(味わう)の問題はありますか

(ある・ない)

例：偏食がある、調味料をたくさんかける(濃い味を好む)、特定の食べ物を好む(嫌う)、吐きそうになる等甘さ、辛さ、塩辛さ、苦さ、酸っぱさ、口腔感覚に関すること

内容

6 嗅覚(においをかぐ)の問題はありますか

(ある・ない)

例：特に敏感な匂いがある(好き嫌い)、匂いが苦手でそこにいられない、物に対して匂いをかぐことで落ち着く、揚げ物の匂いが嫌い等、匂いに関すること

内容

【その他感覚の過敏や鈍麻について気になることがあれば、自由にお書きください。】

\* お子さんの性格についてお書きください。

自分からみて ( )

保護者からみて ( )

お子さんの長所についてお書きください。

自分からみて ( )

保護者からみて ( )

お子さんの短所についてお書きください

自分からみて ( )

保護者からみて ( )

\* 現在までに、利用したことのある公的制度、福祉サービスに○をつけてください。

療育手帳 ( )、 精神保健福祉手帳 ( )、 身体障害者手帳 ( )

特別児童扶養手当 ( )、 障害児福祉手当 ( )、 自立支援医療 ( )

ショートステイ ( )、 日中一時支援 ( )、 ヘルパーの利用 ( )

その他

\_\_\_\_\_