

[ 問 診 票 1 ]

No. \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_

お子さまのお名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 歳 力月

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 ご自宅： ( )  
携 帯： ( )

\* 必ず両方ご記入ください

○ ご家族・保護者と来院された方は、ご関係をご記入ください

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ お子様とのご関係：家族 ( 父 母 祖父 祖母)

\* ご紹介のある場合：ご紹介者のお名前

ご紹介がない場合：当院を (ホームページ・インターネット・電話帳・保健所・看板・家族友人のすすめ・その他) で知った。

\* お願い この問診票はお子さんの様子をよりよく理解し、これからの相談について正しい方針をたてるための大切な資料です。記憶の薄れている点も多いと思いますが、母子手帳なども参考にしながら、できるだけ詳しく正確に書いて下さい。また、質問にないことでも、気になっていることがあれば、余白に書いて頂いても構いません。書きにくいところがあれば、その部分については無理に記入しなくても結構です。

I. はじめに

1. お子さんについて、現在気になっていることは何ですか

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. そのことに気づいたのはいつですか 歳 力月頃

3. 気づいたのは誰ですか \_\_\_\_\_

4. 気づいたきっかけはどのようなことでしたか

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. そのことについてご家族ではどのような対応を心がけていましたか

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 今までに病院や相談機関などで、検査や相談を受けたことがありますか  
ありましたら、機関名、内容などについてお書きください

機関名	受診・相談理由	診断・結果	治療・結果など

7. 薬物・食物のアレルギーについて ( 有 無 )

有の方は詳しくご記入ください ( )

## II. 妊娠・出産時の様子

1. お子さんを妊娠している間にお母さんが病気にかかったり、入院したりしたことがありますか  
(いいえ はい 妊娠 力月の頃 病名 )
  2. 生まれた時のお子さんの体重は ( g) 在胎 ( 週 日)
  3. その他なにかありましたらお書き下さい
- 
- 

## III. 生後一年くらいまでの様子

1. 発育について	次のことができるようになったのはいつ頃ですか
首のすわり ( 歳 力月頃)	お座り ( 歳 力月頃)
はいはい ( 歳 力月頃)	つかまり立ち ( 歳 力月頃)
ひとり立ち ( 歳 力月頃)	ひとりで歩く ( 歳 力月頃)
始語 ( 歳 力月頃)	2語文 ( 歳 力月頃)

2. ひきつけをおこしたことがありますか ( いいえ はい )  
はいの場合 ( 時期 歳 力月頃 症状 )
3. 1歳6か月児検診での指摘 ない・ある ( )
4. 3歳児検診での指摘 ない・ある ( )
5. オムツの外れた時期 ( 昼夜とも ) ( 歳 力月頃 ) まだとれない

## IV. 幼児期の様子

### ■ 幼児期に次のようなことはありましたか。○をつけてください (複数回答可)

視線があいにくい ・ 言葉がなかなか増えない ・ 独語が多い ・ 迷子になりやすい  
ひとり遊びが多い ・ ぐるぐる回る ・ つま先で歩く ・ 道順や物の位置にこだわる  
ミニカーなどをきれいに並べる ・ 回転物 (タイヤ・換気扇等) を眺める ・ 特定のマークやCMが好き  
人見知りをしない ・ 人見知りが強かった ・ 文字を覚えるのが苦手 ・ 計算が苦手

1. 食事 (偏食、量のムラ、よくかんでいたかなど) や睡眠 (根付き、目覚め、夜中に寝ぼけるなど) 苦労したことや気になることがありましたか

食事に関して \_\_\_\_\_

睡眠に関して \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

2. 特に好んだ遊び・嫌がった遊び (砂遊び・ブランコ・すべり台など) がありますか  
具体的に \_\_\_\_\_

3. 幼稚園や保育園、その他の幼児教育の施設などに通ったことがありますか (はい いいえ)

期間 ( ) 歳から ( ) 歳まで \_\_\_\_\_ に通った

( ) 歳から ( ) 歳まで \_\_\_\_\_ に通った

4. 幼稚園や保育園などで指摘されたこと、気になったことがありましたらお書きください
- 
- 
- 

5. 乳児期・幼児期に大きな病気やけがをしましたが (はい いいえ)

あった場合には、具体的にお書きください

---

---

---

## V. 現在の生活の様子

1. 現在の生活時間 (寝る時間、食事の時間など) は規則正しい方ですか  
(はい だいたい決まっている 日によって違う)

2. 現在の睡眠時間はどのくらいですか

\_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃に寝て \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃に起きる

3. 睡眠について困っていることや苦勞していることがありましたらお書きください

---



---

4. 食事のことで困っていること、苦勞していることがありましたらお書きください

---



---

5. お子さんのくせや体質などで、困っていることがありますか

あてはまるものに○をつけてください

- ぜんそく 湿疹 嘔吐 下痢 便秘 風邪をひきやすい 汗っかき 鼻炎 中耳炎をおこしやすい  
 自家中毒 チック 指しやぶり 爪かみ 夜尿 頻尿 夜泣き 頻繁に手を洗う 体を頻繁にゆする  
 けがをしやすい その他 ( )

6. 学校生活のことでご心配なことはありますか

---



---



---

7. お子さんの性格や特徴についてうかがいます。

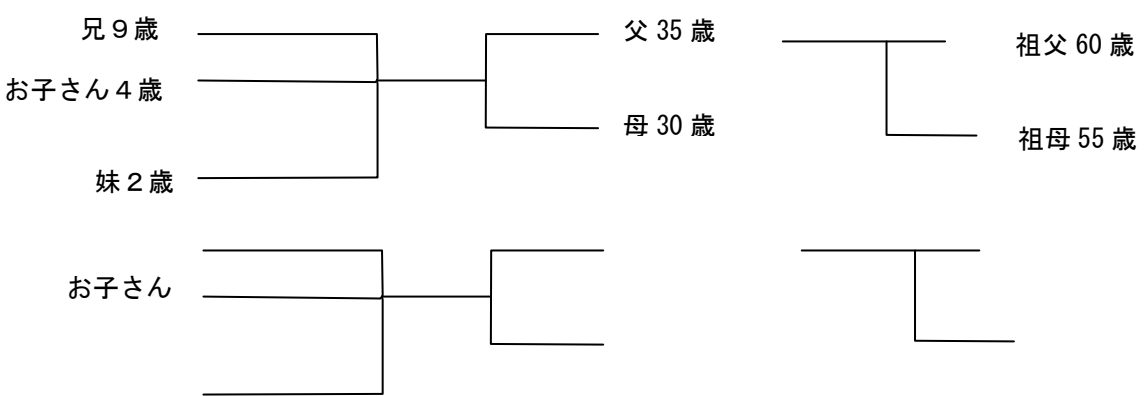
あてはまると思われるものに○をつけてください (複数回答可)

- 愛想が良い ・ がんこ ・ きまじめ ・ 要領が良い ・ 要領が良くない ・ 無頓着 ・ 控え目  
 無口 ・ 人づきあいが好き ・ 人づきあいが苦手 ・ 完璧主義 ・ 粘り強い ・ 頑張り屋 ・  
 あきっぽい ・ 疑い深い ・ 心配性 ・ 気が弱い ・ 規則を守る ・ 他人に関心がない  
 こだわりが強い ・ 神経質 ・ 短気 ・ すぐかっとなる ・ 忘れ物が多い ・ マイペース  
 友達があまりいない ・ 穏やか ・ どちらかという不注意 ・ 場の空気が読めない  
 緊張しやすい ・ 他人の気持ちがわからない ・ おおらか

VI. 家族について

現在、同居している人をすべて書いてください

(例)



名前	年齢	お子さんとの続柄	健康状態	職業・学校 (具体的に)