

ID: \_\_\_\_\_

## 言語外来問診票

記入日： 年 月 日

記入者：

ふりがな	生年月日	年 月 日
名前 男・女	( 歳 カ月)	
住所 〒	自宅	
	携帯	

☆学歴についてご記入ください。

未就園 /	保育園・幼稚園
	小学校
	中学校
	高等学校

☆ご家族についてご記入ください。

お名前	年齢	続柄	勤務先・学校	連絡先
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			

☆当クリニックをどのようにして知りましたか。

- ホームページ       医療・福祉機関からの紹介（施設名 \_\_\_\_\_）  
 知人、友人の紹介       教育機関からの紹介（施設名 \_\_\_\_\_）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

☆お子さんの様子についてお伺いします。

1) 本日受診された理由をできるだけ具体的に記入ください。


2) これまでに、他の病院や相談機関にかかったことがありますか。

ない ある

病院・機関名： \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_

病院・機関名： \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_

病院・機関名： \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_

3) 発達検査を受けたことがありますか。

ない ある

これまでに受けた検査名・結果について、わかる範囲で記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

4) 妊娠中の様子についてお聞きします。

★妊娠中の状態

異常なし 異常あり ( \_\_\_\_\_ )

5) 出生時の様子についてお聞きします。

★出生時の様子

異常なし 異常あり ( \_\_\_\_\_ )

妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) 週頃

出生体重 ( \_\_\_\_\_ ) g、身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm、頭囲 ( \_\_\_\_\_ ) cm

6) 乳幼児期の発達の様子をお聞きします。

首すわり カ月 / 寝返り カ月 / おすわり カ月

はいはい カ月 / つかまり立ち カ月 / 一人歩き 歳 カ月

始語 歳 カ月 / 2語文 歳 カ月 / 文章で話す 歳 カ月

離乳食 開始 カ月 / 終了 歳 カ月

中期 (舌でつぶせる柔らかさ。豆腐や5倍粥) 開始 カ月

後期 (歯茎でつぶせる柔らかさ。バナナなど) 開始 歳 カ月

完了期 (少ない歯と歯茎で噛める硬さのもの、軟飯など) 開始 歳 カ月

7) 現在の生活の様子について教えてください。

★睡眠 時間 ( : ~ : )

特に問題はない  気になることがある ( )

★食事

特に問題はない  少食  過食  偏食 ( )

上手に食べられない ( )

8) 行動について伺います。当てはまるものにチェックをして下さい。

初めての人や場所が苦手だ。

名前を呼ばれたり、声をかけられたりしても振り向かなかった。

視線が合わない、または合いにくいことがあった。

感覚の敏感さがある。(例: )

言葉でのやり取りが成立しにくい。

予想外の出来事に対応することが苦手だ。

思いどおりにならないことを受け入れにくい。

ひとり遊びや一人で行動することが好きだ。

特定のもの・行為へのこだわりがある。(例: )

落ち着きがない。

慎重さに欠け、思いついたらすぐに行動する。

段差のないところで転びやすい。

自分や他人の体を傷つけてしまう。

10) 入院するような病気やケガをしたことがありますか。

( )

11) 現在、飲んでいる薬はありますか。

( )

☆他に相談したい内容があればご記入ください。(運動面・学習面の心配など)

( )