

発達問診票

ID _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察の参考にさせていただきますので、お手数ですがご記入お願いします。
なお、ご記入いただいた内容は、診療の目的のみに使用いたします。



★ふりがな			
★名前		(男 / 女)	★年齢 歳 カ月
★体温	℃	★体重	Kg
★() 保育園・幼稚園・小学校・中学校			

◎初診の方に今までの発達状況についてお聞きします。
わからないこと、答えたくないことには記入しなくてかまいません。

★相談したいこと、困っていることはどのようなことですか？

保育園・幼稚園・学校に馴染めない	頭やお腹が痛くなる事が多い		
他のことはできるのに勉強は苦手	空気が読めない	不器用	
発達の遅れ	言葉の遅れ	発音がはっきりしない	チック症状がある
落ち着きがない	じっとしていられない	抑制がきかない	すぐに手が出る
言葉遣いが乱暴	言う事を聞かない	集団行動が取れない	ひとり遊びが多い
整理整頓が苦手	宿題をしない	友達ができない	忘れ物が多い
こだわりが強い			

★上記の症状の経過について(いつごろから、どのように)、詳しく教えてください。

★家族の状況(差し障りのない範囲でかまいません)

	年齢	性別	職業・学校	病気
父				有()・なし
母				有()・なし
兄弟・姉妹		(男 ・ 女)		有()・なし
〃		(男 ・ 女)		有()・なし
〃		(男 ・ 女)		有()・なし

★出産前後の状況(問題のない方は記入しなくてもかまいません)

(在胎週数 週 / 出生時体重 g / 身長 cm / 頭囲 cm)

・出産のとき、何か問題がありましたか？ はい ・ いいえ
 →「はい」の場合、具体的に ()

★発達状況(問題のない方は記入しなくてもかまいません)

頭がすわった カ月 おすわり カ月 はいはい カ月
1人で歩けた カ月 言葉を喋り始めた カ月 おむつがとれた カ月

★現在利用している医療機関・通所施設・サークル等がありますか？

ない / ある ()

★現在、治療中の病気はありますか？

ない / ある (喘息 アトピー 食物アレルギー ひきつけ 心臓病 発達障害
 その他:)

★現在飲んでいるお薬があればお書きください ()

★かかりつけ医はありますか？

いいえ / はい (医院名:)

当クリニックは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします

マイナ保険証による診療情報取得に 同意 する ・ しない

～ご協力ありがとうございました～