

# 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をお願いします。  
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 力月
★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)

( 在胎週數          週 / 出生時體重          g / 身長          cm / 頭圍          cm )

・出産のとき、何か問題はありましたか？            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）

<u>頸がすわった</u>	ヵ月	<u>おすわり</u>	ヵ月	<u>はいはい</u>	ヵ月
1人で歩けた	ヵ月	言葉を喋り始めた	ヵ月	おむつがとれた	ヵ月

★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: )

～ご協力ありがとうございました～