

# 発達相談の問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話/ 携帯 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 学年 \_\_\_\_\_ 学校名 \_\_\_\_\_

身長/体重 \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg または 幼稚園 保育園名 \_\_\_\_\_

相談したいことは、どんなことですか

いつごろからですか ( )

## 成育について

生下時： 妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 生下時体重 \_\_\_\_\_ g

乳児の頃の気がかりな様子： ( )

運動発達 (独歩)： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月

言葉の発達 (話し始め)： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月頃

保育園/幼稚園での様子： ( )

集団活動に参加できますか/できましたか はい いいえ

他者との関係性： 一人遊びが多かった 他児との喧嘩が多かった その他 ( )

## おうちでの生活の様子はいかがですか

食事について 偏食： ある ない

食量： 多い 少ない

食事にかかる時間： 長い 短い

食事に対する意欲： ある ない

音過敏： ある ない (例 )

暑さや寒さ、痛みなどに敏感または鈍感： ある なし (例 )

こだわり： ある ない (例 )

かんしゃく： ある ない (例 )

多動さ： ある ない

睡眠について ねつき： よい 悪い (かかる時間： )

睡眠時間： 長い 短い

中途覚醒： ある ない

夜尿： ある ない

自宅で宿題などに集中して取り組んでいますか： はい いいえ

きょうだいとの喧嘩は多いですか： はい いいえ

## 学校での様子はいかがですか

授業中の集中はできていますか： はい いいえ

友だちとのトラブルはありますか： ある (具体的に ) ない

読み書き 計算に支障はありますか： ある ない

家族構成 父 ( 歳) 母 ( 歳) きょうだい (男、女： 歳) きょうだい (男、女： 歳)

血縁関係の方の ご病気 (さしつかえない範囲で：

既往歴 今までかかった病気はありますか ( )

現在飲んでいるお薬はありますか ( )

お願い 過去に、発達検査や心理検査をなさっていただければ、結果をお持ちください。 以上