

診療の参考にさせて頂くために、差し支えない範囲でご回答をお願い致します。

記入者：本人・父・母・その他（ ）

記入日： 年 月 日

お子様のお名前： （ 歳）

生年月日： 年 月 日

① 今日はどうなご相談で来院されましたか？またその心配事はいつ頃からですか？

今回ご希望される診療内容に○をつけて下さい。（複数選択可能）

診断・検査・対応方法の相談・療育の相談・薬物療法の相談・診断書など書類の相談・セカンドオピニオン
その他（ ）

② 上記について、以前どこかで相談したことがあればご記載ください。

年齢	相談した場所	何と言われましたか
歳から 歳		
歳から 歳		
歳から 歳		

③ 家庭環境について差し支えない範囲で教えてください。

・一緒にお住まいの方（全員に○をつけてください）

祖父（父方・母方）・祖母（父方・母方）・父・母・きょうだい（ 人）・その他（ ）

・ご両親について教えてください。

	父（ 歳）	母（ 歳）
ご職業		
最終学歴		
持病		

・ご兄弟・姉妹について教えてください。

1) 歳、男・女、職業・学校（ ） 2) 歳、男・女、職業・学校（ ）
3) 歳、男・女、職業・学校（ ） 4) 歳、男・女、職業・学校（ ）

・ご家族に精神科通院歴、心の不調や神経疾患（てんかんなど）の既往のある方はいますか？

いいえ・はい（ ）

④ お子さんが生まれた時のことについてお尋ねします。

・出生週数： 週 日、出生体重： g

妊娠中や出生時に問題はありましたか？

なし・あり（ ）

裏面もご記載ください

⑤ 成長の様子についてお尋ねします。以下のことが出来るようになった、大よその月齢をお書きください。

首座り： 月、お座り： 月、はいはい： 月、独歩： 月、
始語： 月、二語文： 月

・健診で問題を指摘されたこと、または何かご相談したことがあればご記載ください。

歳健診 内容：

⑥ 乳幼児期から振り返って次のように思うことはありましたか？（○で囲んでください）

言葉が遅い・名前を呼んでも振り向かない・視線が合いにくい・一人遊びが多い
落ち着きが無い・衝動的に怒ることがある・初めての場所や人が苦手
こだわりが強い（例 ）
音、匂い、触感など感覚が敏感（例 ）
チック様の症状がある（目をぱちぱちするなど）

⑦ 生活の様子についておたずねします。該当するものに○をつけてください。

- ・偏食はありますか？ いいえ・以前あった・今もある（例 ）
- ・睡眠に関する問題がありますか？ いいえ・以前あった・今もある（例 ）
- ・テレビやインターネットなどを一日 時間はみています。
- ・排便 日に1回、（普通便・軟便・硬便・泥状便・水様便）です。

⑧ お子様の教育歴についてお尋ねします。

- ・保育園・幼稚園： （ 歳から）
- ・小学校： 小学校（普通級・通級利用・支援級・支援学校）/成績：上・中・下
- ・中学校： 中学校（普通級・通級利用・支援級・支援学校）/成績：上・中・下
- ・習い事：
- ・部活動：
- ・リハビリや療育（通った時期と施設名）：

⑨ 最近半年の様子で当てはまる様子の番号に、○をつけてください。

- 1. 登園・登校を嫌がる。
- 2. 頭痛や腹痛をよく訴える。
- 3. 対人関係のトラブルがある。友だち付き合いが苦手。
- 4. 落ち着きがない。集中が続かない。
- 5. 食欲が落ちている、体重が減っている。
- 6. 学習の遅れがある。
- 7. 小さな事が気になり、とらわれてしまう。
- 8. 自分を傷つける／傷つけそうになる。
- 9. 他人を傷つける／傷つけそうになる。

⑩ 今までに発達検査や脳波検査を受けたことがあれば、結果について教えて下さい。

歳	検査名：	結果：
歳	検査名：	結果：
歳	検査名：	結果：

⑪ これまでに療育手帳、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳などを取得されている方は、手帳の名前と等級、取得時期をご記載ください。

*手帳名： （ 級、 年 月頃に取得）
*手帳名： （ 級、 年 月頃に取得）

⑫ その他、伝えておきたいことがあればお書きください。

ご協力ありがとうございました。