

## 小児精神 問診票

\*問診票の記載者 ( ) ( 関係 : 母 ・ 父 ・ その他 : )

生年月日	S・H・R 年 月 日 ( ) 才	男・女
フリガナ	*在籍 ( 幼稚園・保育園・療育園 )	
氏名	*年齢 歳 ( 年少・年中・年長 )	
住所	〒	
携帯電話 :	家族連絡先	
自宅電話	( 続柄 ) _____	

### 1. 受診のきっかけについて

①受診した理由や、ご相談されたい内容をご記入ください

②このことで、受診や相談をなさったことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の場合：（ 健診 ・ 発達相談など ・ 児童福祉センター ・ 病院）

相談したところでの診断や方針（経過観察、療育など）があればご記入ください

③当クリニックを知られたきっかけを差し支えなければ教えてください。（複数回答可）

知人や家族からの紹介 ( 様 ) ・ HP をみて・新聞チラシをみて

インターネット検索をして・家や職場の近所だったので・その他 ( )

### 2. お子さんのこれまでの成長発達について

①妊娠中（特に問題なし・双胎や多胎・妊娠高血圧症候群・切迫早産・その他）

②出産時：在胎週数 週、出生時の体重 g、頭囲 cm

仮死（なし・あり）、黄疸で治療（なし・あり）、その他

③今までに罹った大きな病気（なし・あり→）熱性けいれん（なし・あり）

てんかん（なし・あり）

④薬や食べ物などへのアレルギー

なし・あり →具体的に ( )

⑤今、飲んでいる薬（なし・あり → )

⑥健診で何か指摘されたことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の場合：      歳健診で      を指摘された

⑦今まで発達検査を受けられたことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の場合：      歳で、結果は

⑧下記の項目ができるようになった年齢をご記入ください。できなかった項目は×をつけてください。

頸がすわる	歳	ヶ月	あやすと笑う	歳	ヶ月
寝返りをする	歳	ヶ月	人見知りする	歳	ヶ月
お座りをする	歳	ヶ月	囁語で話す	歳	ヶ月
つかまり立ちをする	歳	ヶ月	意味ある単語が言える	歳	ヶ月
ひとりで歩く	歳	ヶ月	二語文を話す	歳	ヶ月

### 3. お子さんの現在の様子について

①性格：

②好きな遊び：

③食事（自分で食べられる・ある程度自分で食べられる・介助で食べる）

偏食（なし・あり →具体的に）

④トイレ（オムツ・トイレトレーニング中・夜間のみオムツ・自分でできる）

⑤睡眠（問題ない・寝つきが悪い・夜眠らないことが多い・夜によく起きる）

### 4. ご家族について \*差し支えない範囲で、ご記入ください。

①同居している方（父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹・その他）

②父：現在      歳、ご職業      ，健康状態（良・病気）

③母：現在      歳、ご職業      ，健康状態（良・病気）

④ご家庭に現在／または過去に、混乱がありますか／ありましたか？

（なし・家族の病気・離婚・両親の不仲・経済的問題・その他）

⑤ご家族やご親族で、発達障害や知的障害、精神疾患などの方がおられたらご記入ください

### 5. お子さんの特性について

①以下の項目について、「はい」または「いいえ」に○で囲んでください。

以下の項目に、お答えください。

同年齢の子と比べて、運動は苦手である	はい	いいえ
同年齢の子と比べて、手先は不器用である	はい	いいえ
同年齢の子に比べて、落ち着きがない	はい	いいえ
特定の音が苦手である	はい	いいえ
特定のにおいが苦手である	はい	いいえ
偏食が激しく、特定のものばかり食べる	はい	いいえ
手や洋服が汚れると、非常に気にする	はい	いいえ
視線が合いにくい	はい	いいえ
名前を呼ぶと、反応する	はい	いいえ
指さしをすると、その方向を見る	はい	いいえ
見てほしいものがある時、見せに来る	はい	いいえ
こだわりがある	はい	いいえ
特定のくせがある	はい	いいえ
親の言葉を理解している	はい	いいえ
親がいなくても平気である	はい	いいえ
親以外が抱っこしても嫌がらない	はい	いいえ
他の子と一緒に遊ばない	はい	いいえ
園などで、他の子と一緒に行動できる	はい	いいえ
よくケガをする	はい	いいえ
かんしゃくやパニックがよくある	はい	いいえ

②幼稚園・保育園・療育園などで、何か問題を指摘されたことはありますか？

（はい・いいえ）→「はい」の場合、指摘された内容をご記入ください。

③その他、伝えておきたいことなどありましたら、ご自由にご記入ください