



問診表

年 月 日記入

記入者 (続柄)

ふりがな		性別	年齢		西暦			
お名前		男・女	才	生年月日	令和	年	月	日 生まれ
住所	〒			電話番号	自宅：	(続柄)		
					携帯：			
所属先	名称(学校名等)							
	保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校			年生	普通級・特別支援学級・特別支援学校			
その他	<small>児童発達支援センター・児童発達支援事業(デイスサービス)・放課後等デイスサービス・日中一時支援・ことばの教室・他の療育機関等を利用している方は ご記入ください(利用頻度月(何日))</small>							

●今回ご相談したいこと、お困りのことは何ですか。

具体的にご記入ください。(いつごろから、どのような症状、どのように対応していたか等)

年 月頃から

年 月頃から

●これまでに病院受診や相談・療育機関等に相談したことがあればご記入ください。

いつごろ	相談機関	指導内容や治療内容等
年 月	病院/教育センター/発達センター/児童相談所等	
年 月	理学療法(PT)作業療法(OT)言語療法(ST)	

●これまでに病気をしたり、入院・手術をしたことがありますか。(はい・いいえ)

才	病名	治療内容	病院名

●定期的に服用している薬はありますか。おクスリ手帳を診察前にお見せください。

お薬の名前	いつから	病院名

○アレルギーのある方はご記入ください。（薬剤/食物/その他）

--

○今までにてんかん、熱性けいれんなどを指摘されたことはありますか。（はい ・ いいえ）

最終発作や発作の間隔、発作時はどのような対処をされていますか。具体的にご記入ください。

--

●これまでに次の検査を受けたことがありますか。

脳波検査	ない・ある	才	結果
CT・MRI	ない・ある	才	結果
知能検査	ない・ある	才	結果

他に聴力検査・視力検査・心理検査などで問題を指摘されたことがありますか。

--

●お子様の日常生活の様子を教えてください。

1.食事	偏食あり・なし(好きな食べ物) (嫌いな食べ物)ひとり食べる・半介助・全介助
2.排泄	自立 手伝いが必要 夜のみおむつ トレーニング中 1日紙おむつ必要
3.睡眠	睡眠時間(時～ 時) 寝つき(良い・悪い) 昼寝(あり・なし)
4.衣服の着脱	自立 一部手伝いが必要 全面的に手伝う
5.危険物の認知	だいたいわかる 少しわかる 全くわからない
6.その他気になることがあればご記入ください。	

●家族構成を教えてください。（差支えない範囲で構いません）

父	才 (実父・継父) 同居・別居 (単身赴任・離婚・死別・その他) 職業 ()
母	才 (実父・継父) 同居・別居 (単身赴任・離婚・死別・その他) 職業 ()
兄弟姉妹	才 (男・女) 同居・別居
兄弟姉妹	才 (男・女) 同居・別居
兄弟姉妹	才 (男・女) 同居・別居
兄弟姉妹	才 (男・女) 同居・別居
他に同居している方	才 (続柄)
他に同居している方	才 (続柄)

●出生時の様子を教えてください。

・在胎週数	週	日	(分娩方式： 普通・吸引・無痛・帝王切開)
・新生児仮死	無	・ 有	
・出生時の状況	体重	g 身長	cm 頭位
・治療	無	・ 有 (内容)

●発達の様子を教えてください。

・首のすわり (	カ月)	・ねがえり (	カ月)	・おすわり (	カ月)
・四つ這い (	カ月)	・つかまり立ち (	カ月)	・歩き始め (	カ月)
・喃語 (	カ月)	・意味のある言葉 (	カ月)	・人見知り (	カ月)
・指さし (	カ月)	・イナイイナイバー (	カ月)	・二語文 (	カ月)

●乳幼児健診で指摘されたことはありますか。指摘または指導された内容をご記入ください。

4又は10カ月健診	何も言われなかった	・ 指摘された (内容)
1才6カ月健診	何も言われなかった	・ 指摘された (内容)
3才児健診	何も言われなかった	・ 指摘された (内容)
5才児健診	何も言われなかった	・ 指摘された (内容)

●今の通園、登校の様子を教えてください。

毎日出席	時々休む	遅刻・早退が多い
不登校 (いつから	)	保健室や適応教室への登校

●幼児期について教えてください。該当するものに○をつけてください。(複数可)

<input type="checkbox"/>	視線が合いにくい	<input type="checkbox"/>	嫌がる音や光がある (大きな音、エアータオルなど)
<input type="checkbox"/>	指さしをあまりしない	<input type="checkbox"/>	一人遊びを好む
<input type="checkbox"/>	名前を呼ばれても振り向かないことが多い	<input type="checkbox"/>	落ち着きがなく、走り回る
<input type="checkbox"/>	後追いしない	<input type="checkbox"/>	迷子になることが多い
<input type="checkbox"/>	用事があるとき、大人の手を黙って引く	<input type="checkbox"/>	かんしゃくが多い
<input type="checkbox"/>	大人の言うことを聞かない	<input type="checkbox"/>	自分の体を叩いたり、傷つけることがある
<input type="checkbox"/>	知らない人にでも近づいていく	<input type="checkbox"/>	回るものや点滅するおもちゃを好む
<input type="checkbox"/>	言葉がなかなか増えない	<input type="checkbox"/>	特に好きなもの、ことがある (マーク、洋服等)
<input type="checkbox"/>	独り言が多い	<input type="checkbox"/>	ミニカー等をきれいに並べる
<input type="checkbox"/>	話しかけられた言葉をオウム返しする	<input type="checkbox"/>	新しい場所や環境、予定の変更が苦手である
<input type="checkbox"/>	発音が不明瞭	<input type="checkbox"/>	偏食がある
<input type="checkbox"/>	集団行動が苦手	<input type="checkbox"/>	どもることがある (音のくりかえし・ひきのぼし)
<input type="checkbox"/>	友達とのトラブルが多い	<input type="checkbox"/>	なかなか寝付けない、眠りが浅い、何度も起きる
<input type="checkbox"/>	転びやすい	<input type="checkbox"/>	耳ふさがりが多い
<input type="checkbox"/>	つま先で歩く	<input type="checkbox"/>	手先が不器用である
<input type="checkbox"/>	こだわりが強い	<input type="checkbox"/>	疲れやすい
<input type="checkbox"/>	姿勢がくずれやすい	<input type="checkbox"/>	運動が苦手である
<input type="checkbox"/>	工作・描画が苦手である	<input type="checkbox"/>	扁平足

- 好きな遊び () ○習い事等 ()
 ○好きなキャラクター () ○親からみた性格 ()
 ○発表会や運動会等、集団で何かをするときに参加できましたか。また、保育参観等で気になることはありましたか。

○育てにくいと感じたことがありますか。(なし・ある：どんな場面で感じますか。)

●学童期について教えてください。該当するものに○をつけてください。（複数可）

	コミュニケーションが苦手		落ち着きがない
	自分の思いを伝えられない		忘れ物が多い
	人に言われたことを行うことが難しい		おしゃべりが多い
	友達とうまくかかわれない		学習の遅れ（漢字・作文・読み取り・計算・図形等）
	集団行動が苦手		時間を意識した行動が苦手
	一人遊びが多い		感情の起伏が激しい
	授業中の離席、離室がある		腹痛や下痢を訴える
	登校渋り、不登校		睡眠の心配がある
	いじめにあった経験が（ない・ある）		朝起きることができない
	不安が強い		人前で話すことが苦手または緘黙傾向である
	死にたいと言うことがある		自分の体を叩いたり傷つけることがある
	側弯、肥満の指摘の有無		縄跳びや、ドッチボールが苦手
	板書が苦手		

○学校で通級や適応教室を利用している： なし・あり （頻度や科目など）

○転校経験： なし・あり（時期）

○習い事： なし・あり（内容）

○部活： なし・あり（内容）

○得意な科目： ○苦手な科目：

○得意なこと ○趣味

●手帳をお持ちの方のみお答えください。

身体障害者手帳 判定結果（ 種 級）

療育手帳 判定結果（ A B B- ）

精神障害者保健福祉手帳 判定結果（ 級）

●その他、特記すべきことご要望などがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。