

六郷こどもクリニック 子どものこころ外来初診問診票

養育者の方に御記入をお願い申し上げます。(年は西暦でお答え下さい。)

ふりがな	患者 ID	※当院で記入
本人氏名	記載年月日	年 月 日
____歳 就学前・小・中・高 ____年生	記載者：父・母・その他 ()	
緊急連絡先 1 (- -)	緊急連絡先 2 (- -)	

1. 本日も相談したい内容はどんなことですか？自由にお書きください。

2. 1はいつからですか？きっかけはありましたか？

いつ _____ きっかけ (なし・あり _____)

3. 来院にあたり、お子さんにどのように説明されましたか？

4. 1の相談を学校・公共機関・医療機関等で相談したことはありますか？

(なし・あり) → 「あり」の場合は可能な範囲で以下の記載をお願いします。

本人 ____ 歳頃 機関名 _____

本人 ____ 歳頃 機関名 _____

本人 ____ 歳頃 機関名 _____

5. お子さんを妊娠中に生じた事柄があれば○を付けてください。

妊娠中毒症・切迫流産・切迫早産・感染症・喫煙・飲酒・服薬 (薬剤名 _____)

その他 (_____)

6. お子さんを出産時の状況について以下の質問にお答えください。

在胎 ____ 週、 出生体重 _____ g、分娩方式：経膣・帝王切開

・お子さんを出生するときに生じた事柄があれば○をつけて下さい。

仮死・保育器の使用・重症黄疸・NICUへの入院・その他 (_____)

7. 以下の発達の状況はいかがでしたか？ ____に月齢をご記入ください。

頸のすわり（__ヶ月）、ひとり歩き（__ヶ月）、1語文（「マンマ」など）（__ヶ月）
2語文（「パパ、オシゴト」など）（__ヶ月）

8. お子さんの乳児期（0～1歳まで）の様子について該当するものに○をつけて下さい。

- ① 視線が合う・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ② 身体を揺らすと喜ぶ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ③ 微笑みかけると微笑み返す・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ④ 名前を呼ぶと反応する・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑤ 他の子どもに興味を示す・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑥ 大人の注意をさかんにひこうとする・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑦ 大人の真似をする・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑧ 大人が指さしたものを見る・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑨ 欲しいものを指さして伝える・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑩ 興味があるものを指さして伝える・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑪ 興味があるものを見せに持ってくる・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑫ 大人の視線を追って、大人が見ているものを見る・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑬ いつもと違うことがあると、親の顔を確認する・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑭ 耳が聞こえないのではないかと親が心配したことがある・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ

9. お子さんの幼児期（2～5歳まで）の様子について該当するものに○をつけて下さい。

- ① ことばが遅い、なかなか増えない・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ② 同世代の子どもと比べて言われた内容を理解していない・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ③ 周囲の同世代の子どもと比べて興味の対象が異なる・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ④ テレビやネットの動画やゲームをやめられない・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑤ 落ち着きがない、興味のある所へ突進する・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑥ 味・肌触り・匂い・音などの感覚が極度に敏感または鈍感・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑦ 素直に言うことを聞かない・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑧ 仲良しの同世代がひとりもいない・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑨ 一人でいたがる・集団行動や行事参加を嫌がる・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑩ 新しい場面で不安になる・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑪ 思い通りにならないと癇癪を起こす・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ
- ⑫ 怖がりによく怯える・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい / いいえ

10. 乳幼児健診でなにか指摘はありましたか？

なかった ・ あった：__ 歳児検診 / 指摘された内容（)

11.これまで療育（児童発達支援事業所・放課後等デイサービスなど）を利用されましたか？

いいえ・はい：施設名_____年___月～_____年___月

いいえ・はい：施設名_____年___月～_____年___月

12.以下の手帳もしくは資格証でお持ちのものに☑をつけてください。

愛の手帳（療育手帳）___級・精神障害者手帳___級・障害福祉サービス受給者証

13.これまで通った幼稚園・保育園等を教えてください。（複数の場合は時系列に記載）

_____年___月～_____年___月 _____保育園・幼稚園

_____年___月～_____年___月 _____保育園・幼稚園

_____年___月～_____年___月 _____保育園・幼稚園

14.幼稚園・保育園の通園時に該当する問題があれば○をつけて下さい。

登園しぶり・母子分離が困難・かんしゃく・他児に手をあげる・他児の輪に入れない
行事参加しない・一斉指示を聞けない・その他（_____）

15.これまで通学した教育機関についてお伺いします。（複数の場合は時系列に記載）

国・公・私立 _____小・中 学校 通常学級・支援級通級・特別支援学級 / 支学校

国・公・私立 _____小・中 学校 通常学級・支援級通級・特別支援学級 / 支学校

国・公・私立 _____小・中 学校 通常学級・支援級通級・特別支援学級 / 支学校

国・公・私立 _____小・中 学校 通常学級・支援級通級・特別支援学級 / 支学校

16.学校生活において該当する問題があれば○をつけて下さい。

いじめ：なし・あり（時期と内容_____）

不登校：なし・あり（時期と内容_____）

問題行動：なし・あり（暴力・盗み・自傷行為・その他_____）

成績：小学校（上、中、下） 中学校（上、中、下）

学校生活において上記以外の問題があれば、あった時期と内容を教えてください。

17.お子様がこれまでしてきた習い事について教えてください。

_____歳～_____歳頃 _____

_____歳～_____歳頃 _____

_____歳～_____歳頃 _____

18.今までかかった病気や症状についてお答えください。

けいれん：なし・あり（ ____ 歳頃）

頭部外傷：なし・あり（ ____ 歳頃）

糖尿病：なし・あり

その他入院や大きな怪我・病気（ _____ ）

19.薬や食物にアレルギーはありますか？

薬：なし・あり（ _____ ）

食物：なし・あり（ _____ ）

20.現在、服薬中のお薬・サプリメント等があれば教えてください。

なし・あり（ _____ ）

21.これまで受けたことのある検査に☑をつけて下さい。

脳波検査・頭部 CT/MRI

心理・知能・発達検査（いつ： _____ 内容： _____ ）

22.ご家族（両親・兄弟姉妹・同居の親戚や祖父母）について下の表に記入してください。

続柄	氏名	年齢	職業	同居・別居
父親				同居・別居
母親				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居

23.ご家族に心療内科や精神科に通院歴のある方はいらっしゃいますか？

なし・あり

24.「あり」の場合、いつ頃どなたがどういう病気（状態）でかかりましたか？ 入院しましたか？

いつ _____ どなたが _____ 病気（状態） _____

入院：なし・あり

いつ _____ どなたが _____ 病気（状態） _____

入院：なし・あり

ご協力ありがとうございました。