

緑成会整育園 外来初診時間診票 未就学児用

お子さんの状態を把握するのに必要な情報です。差支えない範囲でお答えください。

() 内は○をつけるかまたは記入してください。分からない所は飛ばしてください。

お子様のお名前： フリガナ： (男・女)

生年月日： 平・令 年 月 日 (歳 カ月)

住所：〒

連絡のつく電話番号 () (保護者の携帯・自宅)

保育園・幼稚園の名前 () (年少・年中・年長)

紹介状をお持ちですか？ (いいえ・ はい →紹介者名)

1. ご相談内容について

① 現在、お困りのことに○をつけてください。

(頷定がない・寝返りしない・お座りしない・はいはいしない・歩かない・人見知りがない・言葉の遅れ・かんしゃく・多動・こだわり・他害・自傷・暴力・暴言・理解力の遅れ・集団の指示に従えない・手先が不器用・友達と遊べない・歩き方が気になる・その他 ())

また、それはいつ頃からですか？

()

② 当院で希望される事の番号に○をつけてください。該当しない場合、その他にお書きください。

1. 診断をはっきり聞きたい

2. 問題行動の対策について

3. 保育園や幼稚園、学校などの選択について

4. 就学相談

5. 福祉制度などの公的サービスについて

(愛の手帳・身体障害者手帳・精神保健福祉手帳・特別児童扶養手当)

6. 薬物治療

7. 療育 (PT・OT・ST・心理カウンセリング) を受けたい

8. 児童発達支援事業や民間の療育を利用したい

9. その他 ()

③ どちらから当園を紹介されましたか？または、どのようにして当園をお知りになりましたか？

()

2. ご家族の状況について

- ① 受診者と暮らしているのは、受診者を含めて () 人
- ② 同居者の内訳は
(母・父・姉妹兄弟・祖母 (父方・母方) 祖父 (父方・母方) ・その他 ())
- ③ 父：氏名 () 歳 職業 ()
母：氏名 () 歳 職業 ()
兄弟姉妹：氏名 () 歳 男・女 (小・中・高) 年生
氏名 () 歳 男・女 (小・中・高) 年生
氏名 () 歳 男・女 (小・中・高) 年生
- ④ ご家族・ご親族で発達の問題や学校での問題があったり、精神科や神経科、心療内科への通院歴・入院歴のある方がいらっしゃれば教えてください。
(なし・あり (自閉症・注意欠如多動症・知的障害・精神疾患・不登校・その他 ()))
また、それはどのようなご家族ですか
(兄弟・母・父・叔父叔母・祖父母・いとこ・その他)
- ⑤ ご家族・ご親族で心臓疾患、悪性腫瘍などの大きなご病気があった方は教えてください。
()

3. お子さんの出生時からの発達歴についてお尋ねします。

- ① 出産時 出産したところ ()
() 週 () 日 () g で出生 (普通分娩・帝王切開・吸引分娩)
出生時のトラブル (なし・あり ())
新生児期の様子で異常がありましたか (なし・あり)
→ ありの場合 (黄疸で光線療法・新生児一過性他呼吸・新生児呼吸窮迫症候群・NICU 入院・その他 ())
- ② 妊娠中のお母さんの事や、周産期の特記事項があれば教えてください。
妊娠中の異常 (なし・あり ())
- ③ 発達についてわかる範囲でご記入ください。
首がすわる () カ月 寝返り () カ月 お座り () カ月
四つ這い () カ月 つかまり立ち () カ月 ひとり歩き () 歳 () カ月
初語 () 歳 () カ月 2 語文 () 歳 () カ月
利き手 (右・左・はっきりしない)

4. 乳幼児発達検診で遅れの指摘を受けた事があれば教えてください。(なし・あり)

- ありの場合 (体重増加・運動発達の遅れ・言葉の遅れ・多動・指示が入らない・指差しがない・目、耳の検査ができない・検尿ができない・その他 ())

5. 育児や発達で今までに気になったことがあれば○をつけてください。

(運動発達が遅かった・発語が遅かった・夜泣きがひどかった・偏食だった・睡眠障害があった・人見知りが過剰だった・人見知りがなかった・ハイハイをしなかった・視線が合わなかった・指差しをしなかった・名前を呼んでも振り向かなかった・不器用だった・一人遊びが多かった・多動だった・その他 ())

6. 集団生活(保育園や幼稚園)についてお尋ねします。

① 園に入ったのはいつですか? (歳 カ月 から・年少から)

② 園で問題行動の指摘はありましたか? (なし・あり)

→ありの場合、どんな指摘でしたか

(言葉の遅れ・かんしゃく・多動・こだわり・他害・自傷・暴力・暴言・理解力の遅れ・集団の指示に従えない・手先が不器用・友達と遊べない・歩き方が気になる・

その他 ())

また、指摘があったのはいつ頃からですか?

()

7. 現在までに発達検査や知能検査を受けた事がありますか (なし・あり)

→ありの場合 検査名 (新版K式 ・田中ビネー ・WISC・その他 ())

検査を受けた年月日 (年 月 日 歳 カ月)

※結果があればご持参ください。

8. 今までに利用している医療・福祉サービスがあれば教えてください。

① 療育 (なし・あり)

リハビリ (PT・OT・ST) 頻度 (回/週・月)

療育施設 病院または機関名 ()

児童発達支援事業 事業所名 ()

(訪問看護・訪問リハビリ・訪問看護・発達相談・教育相談・その他 ())

② 手帳 (なし・あり)

→ありの場合

身体 () 種 () 級 愛の手帳(療育手帳) () 度

精神障害福祉手帳 () 級

③ 通院 (なし・あり)

→ありの場合

病院名 ()

診断名 ()

内服(なし・あり) →ありの場合 薬品名 ()

9. 大きな病気やけいれん発作などで、入院したことがあればお書きください。

()

10. 薬剤や食物のアレルギーがあればお書きください。

()

11. お子さんの日常生活動作について当てはまるもの全てに○をしてください。

- ① 食事：自分で食べる（手づかみ・スプーンやフォーク・箸） ・半分程度自分で食べる
・全てお手伝い・経管栄養
- ② 入浴：全て一人でできる ・少しお手伝い ・大半がお手伝い ・全てお手伝い
- ③ 着替え（上半身）：全て一人でできる・少しお手伝い・大半がお手伝い・全てお手伝い
着替え（下半身）：全て一人でできる・少しお手伝い・大半がお手伝い・全てお手伝い
- ④ トイレ：トイレでできる・トイレ練習中・オムツを使用・その他（)
- ⑤ 排泄コントロール（おしっこ）：トイレまで我慢できる・ オムツに出たら知らせる・できない
排泄コントロール（うんち）：トイレまで我慢できる ・オムツに出たら知らせる・できない
夜尿：なし・ あり（頻度・量)
- ⑥ 移動：歩く・手を繋いで歩く・杖や装具を使って歩く・はいはい・寝返り
・車いすを自分で操作する・移動ができない
- ⑦ 階段：自分でできる・手すりがあればできる・四つ這いで上る・できない
- ⑧ 理解：言葉の理解ができる・いくつかの単語が理解できる（ちょうだい、どうぞ等）
・動物の名前など聞くと指差しする・名前を呼ばれると振り向く・言葉の理解が難しい
- ⑨ 表出：言葉話す（会話ができる・2語文・単語）・喃語・快、不快の表出ができる・できない

療育のため来院できる曜日に○、時間帯を枠内にご記入ください。

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						

※土曜日はどうしても平日に来られない理由がある方のみとさせていただきます。

※曜日によっては受け入れが難しいことがあります。できるだけ多く希望を書いていただくと助かります。

12. 何か追加でお気づきの点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。 緑成会整育園 外来
当日は、母子手帳、保険証、医療証は必ず、また検査結果や紹介状がある方はお持ちください。