緑成会整育園　外来初診時問診票　学童用

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。(　) 内は〇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：　昭・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　））
所属（　公立・国立・私立　）（　小学校・中学校・特別支援学級・特別支援学校・その他（　　））
　学校の名前　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）（　　年生）
特別支援教室（通級）の利用はありますか（　なし・あり（　　）教室　）
紹介状をお持ちですか？　（いいえ・　はい　→紹介者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

１．ご相談事項について
① 現在、お困りのことに〇をつけてください。
（　学校に行けない・学習がついていけない・友達関係のトラブルが多い・落ち着きがない・衝動的な行動が多い・授業中離席がある・かんしゃく・暴言・他害・自傷・チック・吃音・忘れ物が多い・整理整頓ができない・こだわり・感覚の過敏・ゲーム、インターネットの過剰使用・夜尿・昼間のおもらし・字が読めない・字が書けない・友達ができない・いじめがある・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〇をつけてください。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．学校などの選択について　　４．通級（特別支援教室）の利用について
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・精神障害保健福祉手帳・特別児童扶養手当　）
６．薬物治療を受けたい　　7．放課後デイサービスを利用したい
８．心理カウンセリングを受けたい
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　））

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下さい。
（　　）

３．お子さんの出生時から発達歴についてお尋ねします。
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（　　））
その他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下さい。
　妊娠中の異常（　なし・　あり（　　））
ひとり歩きができたのはいつでしたか？（　　）歳（　　）カ月
言葉が数個でたのはいつでしたか？　（　　）歳（　　）カ月

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下さい。
　（　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・指摘なし・
　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〇をつけてください。
　（　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・年中から　）
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・乱暴さ・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・偏食・

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（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※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下さい。

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（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

放課後デイサービス　事業所名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（　訪問看護・訪問リハビリ・放課後デイサービス・発達相談・教育相談・スクールカウンセラー・

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

② 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. 今までにけいれん発作や大きな病気で入院したことがあれば教えてください。

（　　）

10. 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、医療証を忘れずに、また検査結果や紹介状がある方はお持ちください。