

発達相談の問診票

記入日： 年 月 日

お名前 _____ 記入者 _____ 続柄 _____

ご住所 〒 _____ 電話 _____

生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 歳 学年 _____ 学校名 _____

または、幼稚園、保育園名 _____

相談したいことは、どんなことですか

いつごろからですか ()

成育について

生下時： 妊娠週数 ____ 週， 生下時体重 _____ g

乳児の頃の気がかりな様子： ()

運動発達（独歩）： ____ 歳 ____ か月

言葉の発達（話始め）： ____ 歳 ____ か月頃

保育園／幼稚園での様子： ()

集団活動に参加できますか／できましたか： はい いいえ

他者との関係性： 一人遊びが多かった，他児との喧嘩が多かった，その他 ()

おうちでの生活の様子はいかがですか

食事の偏食： ある ない

食事量： 多い 少ない

食事の時間： 長い 短い

食事に対する意欲： ある ない

音過敏： ある ない (例：)

暑さ・寒さ・痛み： 敏感 鈍感 (例：)

こだわり： ある ない (例：)

かんしゃく： ある ない (例：)

多動さ： ある ない

睡眠について ねつき： よい 悪い (かかる時間：)

睡眠時間： 長い 短い

中途覚醒： ある ない

夜尿： ある ない

自宅で宿題などに集中して取り組んでいますか： はい いいえ

きょうだいとの喧嘩は多いですか： はい いいえ

学校での様子はいかがですか

授業中の集中はできていますか： はい いいえ

友だちとのトラブルはありますか： ある (具体的に：)

ない

読み書き計算に支障はありますか： ある ない

家族構成 父 (____ 歳) 母 (____ 歳) きょうだい (男, 女: ____ 歳) きょうだい (男, 女: ____ 歳)

血縁関係の方のご病気 (さしつかえない範囲で：)

既往歴 今までかかった病気はありますか ()

現在飲んでいるお薬はありますか ()

お願い 過去に、発達検査や心理検査をなさっていれば、結果をお持ちください 以上