

問 診 表

受診日 年 月 日	患者氏名	生年月日 年 月 日(歳)																												
①本日の来院目的をご記入ください																														
②発達について相談している医療機関は当院以外にありますか？ いいえ ・ はい																														
病院名() 診断名()																														
③療育手帳の申請をしていますか？ 申請した → A B C 判定 ・ 申請する予定である ・ 申請する予定は無い																														
④今までに検査(発達検査・知能検査・心理検査とよばれるもの)を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい																														
K式発達検査 ・ 鈴木ビニー ・ 田中ビニー ・ WISC ・ その他()																														
検査を受ける予定はありますか？ いいえ ・ はい → 予定日() 場所()																														
⑤現在、内服薬はありますか？ いいえ ・ はい 処方内容()																														
⑥言語療法ST・作業療法OT・理学療法PTを受けられていますか？もしくは、受けていましたか？ いいえ ・ はい																														
リハビリを受けている病院・訪問リハビリ名() リハビリ内容()																														
⑦家族構成を教えてください (同居している家族の名前・年齢・続柄・職業を記入してください)																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">名 前</th> <th style="width: 20%;">年齢</th> <th style="width: 20%;">続柄</th> <th style="width: 30%;">職業</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			名 前	年齢	続柄	職業																								
名 前	年齢	続柄	職業																											
⑧ご家族・親戚の中に精神疾患または発達の遅れがある方はいますか？ いいえ ・ はい																														
誰がどのような診断名か、もしくは症状があるのかご記入ください。 例)〇〇がうつ病である、〇〇がアルコール依存症である、〇〇も自閉症と診断されている など ()																														
⑨現在、療育・園・学校などへ通われていますか？ いいえ ・ はい																														
現在の所属をご記入ください。例)〇〇教室に週2日通っている、〇〇園の年中、児童発達支援事業所の〇〇を利用している など ()																														
⑩これまでの療育・通園状況をおしえてください																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">名 前</th> <th colspan="4">通っていた時期</th> </tr> <tr> <th>年</th> <th>月(歳)</th> <th>～</th> <th>年</th> <th>月(歳)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">教室名</td> <td>①</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>②</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>③</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				名 前	通っていた時期				年	月(歳)	～	年	月(歳)	教室名	①					②					③					
	名 前	通っていた時期																												
		年	月(歳)	～	年	月(歳)																								
教室名	①																													
	②																													
	③																													
⑪療育や保育園、学校などの集団の中ではどのような様子ですか？																														

⑫日常生活動作について教えてください

食事で使用している道具は何ですか？	スプーン	・	フォーク	・	補助箸	・	通常の箸	・	使用してない(手づかみ)
排泄動作ではオムツを使用していますか？	はい	・	いいえ						
尿意を感じた時に大人に知らせますか？	はい	・	いいえ	・	排泄動作は自立しているのでひとりでトイレに行っている				
更衣動作では靴・靴下の着脱は自分でできますか？	はい	・	いいえ						
ボタンをはめることはできますか？	はい	・	いいえ						
自分で手を洗うことはできますか？	はい	・	いいえ						
自分で顔を洗うことはできますか？	はい	・	いいえ						

⑬最近の様子について教えてください

自分の名前を呼ばれたら反応しますか？	はい	・	いいえ
指さし・ジェスチャー(バイバイ・うなづき・首振りなど)などの行動はありますか？	はい	・	いいえ
「おいで」「ちょうどいい」などの簡単な指示を理解していますか？	はい	・	いいえ
物・人の名前を10個以上言えますか？	はい	・	いいえ
二語文(わんわんきた、テレビみたいなど)を話しますか？	はい	・	いいえ
相手が言った言葉をそのまま繰り返して言うこと(オウム返し)が多いですか？	はい	・	いいえ
会話が続かない、一方的に話しかけることが多いですか？	はい	・	いいえ
他者が聞き取りにくい発音はありますか？	はい	・	いいえ

具体的にどの言葉が聞き取りにくいか教えてください。例) 魚を「さたな」と言う、お母さんを「おかあしゃん」と言う など

()

色の名前(赤・青・黄色・緑)は理解していますか？	はい	・	いいえ
1から10まで数えられますか？	はい	・	いいえ
相手にボールを転がしたり、転がってきたボールを受け取ることはできますか？	はい	・	いいえ
くるくる回るもの、並んでいるものなど飽きずにずっと見ているものはありますか？	はい	・	いいえ
長袖の服や布団をかぶるなど肌に何か触れる 것을嫌がりますか？	はい	・	いいえ
掃除機の音や赤ちゃんの泣き声など特定の音を嫌がることはありますか？	はい	・	いいえ
同じ場所でひとつの遊びを続けられますか？	はい	・	いいえ (次々と遊ぶ内容を変える、場所を移動する)

⑭家では何をして過ごすことが多いですか？

⑮現在、困っている行動はありますか？ いいえ ・ はい

⑯診察時に相談したいことはありますか？ いいえ ・ はい

