

発達問診票

氏名() 年齢()才 ID

【相談内容】

相談されたいことはどんなことですか

これまでどのように対応されてきましたか

今後どのようになったらいいなお考えですか

【お子さんが生まれた時のことを教えてください】

妊娠時の異常はありましたか (なし ・ あり) どんなことですか

出産時の異常はありましたか (なし ・ あり) どんなことですか

新生児仮死はありましたか (なし ・ あり)

在胎週数 (週 日) 出産時の年齢 父()才 母()才

出生時の体重()g 身長()cm 頭囲()cm 胸囲()cm

今後、妊娠・出産時の心配はありますか (なし ・ あり) どんなことですか

【お子様について教えてください】

保育園や学校はどこですか

性格はどんな感じですか

好きなことはなんですか

嫌いなことはなんですか

女の子のみ 初潮 (未 ・ 既) () 歳

【成長・発達について】

初めてできた時期を教えてください

あやし笑い()か月 首がすわる()か月 お座り()か月 人見知り()か月

ひとり歩き()か月 喃語()か月 単語()か月 二語文()才

【日常生活の自立】

食事 (ひとり可能 ・ 一部お手伝い ・ 全てお手伝い)

着替え (ひとり可能 ・ 一部お手伝い ・ 全てお手伝い)

おしっこ (ひとり可能 ・ 一部お手伝い ・ 全てお手伝い)

うんち (ひとり可能 ・ 一部お手伝い ・ 全てお手伝い)

【過敏反応を示すことがありますか】【あり】の場合どんなことかお書きください

音 (なし ・ あり) どんなことですか

見えるもの (なし ・ あり) どんなことか

触れるもの (なし ・ あり) どんなことか

臭い (なし ・ あり) どんなことか

味覚 (なし ・ あり) どんなことか

【運動の苦手さについて教えてください】

全身運動 (なし ・ あり) どんなことですか

手先の器用さ(なし ・ あり) どんなことですか

【乳児期:1歳までの様子】

乳児期に心配事がありましたか (なし ・ あり) どんなことですか

あやし笑いをしましたか (はい ・ いいえ) 人見知りがありましたか (はい ・ いいえ)

夜泣きをしましたか (はい ・ いいえ) 睡眠について問題がありましたか (はい ・ いいえ)

食事について問題がありましたか (はい ・ いいえ) 視線が合いにくかったですか(はい ・ いいえ)

おとなしくて手がかからなかったですか(はい ・ いいえ) 声かけに反応しにくかったですか(はい ・ いいえ)

遊びに手を出されるのを嫌がりましたか(はい ・ いいえ) 動作の真似をしなかったですか(はい ・ いいえ)

抱かれるのを嫌がりましたか(はい ・ いいえ) おもちゃに興味を持ちませんでしたか(はい ・ いいえ)

【幼児期:1歳～6歳の様子】「はい」の場合はいつ頃かお書きください

視線が合いにくかったですか (はい ・ いいえ) (歳頃)

声かけに反応しにくかったですか (はい ・ いいえ) (歳頃)

多動がありましたか (はい ・ いいえ) (歳頃)

よく迷子になりましたか (はい ・ いいえ) (歳頃)

親がそばにいても平気でしたか (はい ・ いいえ) (歳頃)

1人遊びが多く、他の子と遊ばなかったですか (はい ・ いいえ) (歳頃)

ことばは遅かったですか (はい ・ いいえ) (歳頃)

1度話した言葉を言わなくなったことはありますか (はい ・ いいえ) (歳頃)

オウム返しが多かったですか (はい ・ いいえ) (歳頃)

こだわりが強かったですか (はい ・ いいえ) (歳頃)

どんなことですか

変わった動作をよくしましたか (はい ・ いいえ) (歳頃)

【健康診断】「はい」の場合どんなことかお書きください

1歳6ヶ月健診で問題を指摘されましたか (はい ・ いいえ)

3歳児健診で問題を指摘されましたか (はい ・ いいえ)