

# 小児発達/リハビリ問診票

記入年月日(西暦) 年 月 日

## 【お子さんやご家族のこと】

ID ( )

氏名:	生年月日:	年	月	日	( 歳)
家族構成:					
現在通っている保育園や学校等:				学年:	
健康面(該当項目にチェック) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> てんかん					
<input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 吃音・どもり					
医療処置の有無: <input type="checkbox"/> あり (吸引・注射等) <input type="checkbox"/> なし			関節脱臼: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
現在リハビリを受けていますか? <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない					
リハビリ内容: <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 理学療法					
リハビリ場所はどこですか?					

## 【相談内容】

相談されたいことはなんですか?

ご希望があればチェックしてください

<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法希望	<input type="checkbox"/> 作業療法希望	<input type="checkbox"/> 理学療法希望
<input type="checkbox"/> 発達相談・発達検査希望		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## 【出生・生育歴】

出生週数:	w	d	出生病院:
出生体重 ( ) g	出生身長 ( ) cm	出生頭位 ( ) cm	
妊娠・出生時異常 ( あり ・ なし ) → ありの場合、病名 ( )			
出産児の年齢 母 ( ) 歳 父 ( ) 歳			

## 【発達の様子】

首のすわり:	ヶ月	おすわり:	ヶ月	はいはい:	ヶ月
ひとり歩き:	ヶ月	人見知り: ヶ月... なし・普通・ひどい			
指さし:	ヶ月	始語:	ヶ月	二語文:	ヶ月
要求の伝え方					
<input type="checkbox"/> 人を引っ張っていく		<input type="checkbox"/> 欲しいものを指さす		<input type="checkbox"/> 身振り	
<input type="checkbox"/> ことば		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
性格 ( )					
好き・得意な事 ( )			嫌い・苦手な事 ( )		

## 【生活面の様子】

食事	<input type="checkbox"/> ひとりで可能	<input type="checkbox"/> 一部お手伝い	<input type="checkbox"/> すべてお手伝い		
着替え	<input type="checkbox"/> ひとりで可能	<input type="checkbox"/> 一部お手伝い	<input type="checkbox"/> すべてお手伝い		
トイレ	<input type="checkbox"/> ひとりで可能	<input type="checkbox"/> 一部お手伝い	<input type="checkbox"/> すべてお手伝い		
感覚で気になることはありますか? <input type="checkbox"/> 特になし					
<input type="checkbox"/> 聴覚(聞こえ方)		<input type="checkbox"/> 触覚(触れること)		<input type="checkbox"/> 視覚(見え方)	
<input type="checkbox"/> 味覚		<input type="checkbox"/> 嗅覚			
手足の運動の苦手さ ( あり ・ なし ) → ありの場合、苦手な事 ( )					

【乳児期～保育園や学校での様子】

加配あり

加配なし

- 声かけに反応しにくい ( )     視線が合いにくい ( )     じっとしていない ( )  
 お友達に手がでる ( )     他の子と同じ行動がとれない ( )     一人遊び多い ( )  
 困ったときに助けを求められない ( )     睡眠の問題 ( )  
 こだわりが強い ( ) (例: )     食事の問題 ( )  
 オウム返し ( )     変わった動作をよくする ( )

※あてはまる項目は ( ) 内に症状があった年齢も書いてください

【これまでの経緯】

<医療機関>

かかりつけの病院名:	担当医:
診断名:	内服薬:
これまでにに行った検査 (いつ頃ですか?)	
<input type="checkbox"/> 脳波 ( ) 頃	<input type="checkbox"/> 頭部MRI ( ) 頃

<相談機関>

例: 児童相談所、地域療育センター

健康診断で何か問題を指摘されましたか? その内容についてご記入ください。

1歳6か月健診 ( )     3歳児健診 ( )  
 指摘されなかった

他の相談機関に関わったことがありますか?

はい     いいえ  
 (はいの方は以下もお答えください)

相談機関名:

発達検査の有無:     あり     なし

いつ頃 ( )    どんな検査 ( )

<療育機関>

例: 児童発達支援センター

療育歴はありますか?     あり     なし

療育機関名 ( )    療育期間 ( 歳～ 歳)

<リハビリ機関>

リハビリを受けたことがありますか?     あり     なし

(ありの方は以下もお答えください)

リハビリ内容:     言語聴覚療法     作業療法     理学療法

リハビリ場所:    リハビリ期間 ( ) 頃まで

【利用されているサービス等】

障害者手帳をお持ちですか?     持っている     持っていない

療育手帳 (愛護手帳等) をお持ちですか?     持っている     持っていない

児童デイサービスを利用されていますか?     利用なし

利用あり    どこですか? ( )    頻度 ( 回/週)

記載にご協力いただき、ありがとうございました。



だいでうクリニック

小児科 小児外来リハビリセンター