

質問票

記入日

年 月 日

フリガナ  
氏名

性別 男 女

生年月日 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

記入者 母 父 その他 住所〒

連絡先 携帯 自宅

◎生育歴

出生地 ( 市)

転居したことはありますか あり ( → ) ・ なし

妊娠週数 ( 週)

分娩方法 自然分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開

分娩の異常 なし・あり ( )

出生体重 ( g)

首のすわり ( か月頃)

一人歩き ( 歳 か月頃)

◎栄養

母乳 ・ 混合乳 ・ 人工乳

◎集団生活

現在 園 年少・年中・年長 (その他 )

小学校 年生

中学校 年生

過去(幼児期) 保育園 ( 歳 か月～ 歳 か月)

幼稚園 ( 歳 か月～ 歳 か月)

◎家族構成 (同居家族)

父：名前( )年齢( )職業( )同居・別居 (単身赴任・離婚) ・ 死別

母：名前( )年齢( )職業( )同居・別居 (単身赴任・離婚) ・ 死別

兄弟姉妹 本人を含めて 名

本人を含めたお子様の生年月日と年齢を順にご記入ください

他の同居家族 父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・その他 ( )

\*裏面にもご記入ください

◎心配なこと、今日一番相談したい事はどんなことですか。

- 発達が遅れがある・体の症状が続く・同年代の子どもとうまく関われない・
- 落ち着きがない・保育園（幼稚園）や学校でトラブルが多い・かんしゃくが激しい・
- 集団行動がとれない・保育園（幼稚園）や学校に行きたがらない・
- 特定のものをひどく怖がる・同じような行動を意味もなく繰り返してしまう・
- ご飯が食べられない・眠れない・チックがある・盗み癖がある・
- 担任の先生に受診を勧められた
- その他

[ ]

◎上記のことや発達に関する事で、これまでどちらかに相談されたり治療を受けたことがありますか？

ある⇒いつごろ（ ）どちらに（ ）

[ ]

◎これまでにいずれかの書類を申請されたことがありますか？

あれば該当する書類に○をつけて、書いて頂いた施設をご記入ください

- ・ [ ] 療育手帳（ ）
- ・ [ ] 精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費兼用（ ）
- ・ [ ] 特別児童扶養手当認定診断書（ ）
- ・ [ ] 障害福祉サービス等の申請に係る主治医意見書（ ）

◎乳幼児健診

1歳半健診で何か指摘されましたか はい いいえ

[ ]

3歳児健診で何か指摘されましたか はい いいえ

[ ]

就学前健診で何か指摘されましたか はい いいえ

[ ]