

診療の参考にさせて頂くために、差し支えない範囲でご回答をお願い致します。

記入者：本人・父・母・その他（ ）
 お子様のお名前： _____（ 歳）

記入日： _____年 月 日
 生年月日： _____年 月 日

① お子様の発達に関して気になることを記載してください。

② 上記について、以前どこかで相談したことがあればご記載ください。

年齢	相談した場所	何と言われましたか
歳から 歳		
歳から 歳		
歳から 歳		

③ 家庭環境について差し支えない範囲で教えてください。

一緒にお住まいの方（全員に○をつけてください）

祖父（父方・母方）・祖母（父方・母方）・父・母・きょうだい（ 人）・その他（ ）

	父（ 歳）	母（ 歳）
ご職業		
最終学歴		
持病		

ご兄弟・姉妹について教えてください。

- 1) _____歳、男・女、職業・学校（ ） 2) _____歳、男・女、職業・学校（ ）
 3) _____歳、男・女、職業・学校（ ） 4) _____歳、男・女、職業・学校（ ）

ご家族に精神科通院歴、心の不調や神経疾患（てんかんなど）の既往のある方はいますか？

いいえ・はい（ ）

④ お子さんが生まれた時のことについてお尋ねします。

出生週数： _____週 日、体重： _____g、身長： _____cm、頭囲： _____cm

経膈分娩/帝王切開(帝王切開の理由： _____)

単胎あるいは多胎ですか？ 単・多（ 胎）

何回目のご出産でお生まれでしたか？ 1回目・2回目以降

妊娠中や出生時に問題はありましたか？ なし・あり（ ）

⑤ 成長の様子についてお尋ねします。以下のことが出来るようになった、おおよその月齢をお書きください。

首座り： _____か月、お座り： _____か月、はいはい： _____か月、独歩： _____か月、

始語： _____か月、 二語文： _____か月

1歳6か月児健診（ _____年 月 日）

体重： _____kg、身長： _____cm、頭囲： _____cm

発達に関して指摘された事項（ _____）

3歳児健診（ 年 月 日）

体重：___ kg、身長：___ cm

発達に関して指摘された事項（

⑥ 乳幼児期から振り返って次のように思うことはありましたか？（○で囲んでください）

言葉が遅い・名前を呼んでも振り向かない・視線が合いにくい・一人遊びが多い

落ち着きが無い・衝動的に怒ることがある・初めての場所や人が苦手

こだわりが強い（例

音、匂い、触感など感覚が敏感（例

チック様の症状がある（目をぱちぱちするなど）

⑦ 生活の様子についておたずねします。該当するものに○をつけてください。

偏食はありますか？ いいえ・以前あった・今もある（例

睡眠に関する問題はありますか？ いいえ・以前あった・今もある（例

テレビやスマホなどを1日_____時間はみえています。

排便___日に1回、（普通便・軟便・硬便・泥状便・水様便）です。

⑧ お子様の教育歴についてお尋ねします。

保育園・幼稚園：

（__歳から）

習い事：

リハビリや療育（通った時期と施設名）：

⑨ 最近半年の様子で当てはまる様子の番号に、○をつけてください。

1. 登園・登校を嫌がる。

2. 頭痛や腹痛をよく訴える。

3. 対人関係のトラブルがある。友だち付き合いが苦手。

4. 落ち着きがない。集中が続かない。

5. 食欲が落ちている、体重が減っている。

6. 小さな事が気になり、とらわれてしまう

7. 自分を傷つける／傷つけそうになる。

8. 他人を傷つける／傷つけそうになる。

⑩ 今までに発達検査や脳波検査を受けたことがあれば、結果について教えて下さい。

歳	検査名：	結果：
歳	検査名：	結果：
歳	検査名：	結果：

⑪ これまでに療育手帳、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳などを取得されている方は、

手帳の名前と等級、取得時期をご記載ください。

*手帳名： _____（ _____ 級、 _____ 年 _____ 月頃に取得）

*手帳名： _____（ _____ 級、 _____ 年 _____ 月頃に取得）

⑫ その他、伝えておきたいことがあればお書きください。

ご協力ありがとうございました。

順天堂大学医学部附属順天堂医院 小児科・思春期科