

問 診 票 (発達外来初診)

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		
氏名			年	月	日
電話番号			(	歳	か月)
身長	cm	体重	kg	頭囲	cm

1. 本日相談したいことを記載してください。

2. ご家族について

続柄	年齢	職業	健康状態

3. 出生の状況について

在胎週数 _____ 週 _____ 日

妊娠中の経過： 異常なし・切迫早産・妊娠高血圧症候群・その他 (_____)

出生時身長 _____ cm 体重 _____ g 頭囲 _____ cm 胸囲 _____ cm

出生時の特記事項： なし・仮死あり・黄疸あり(光線療法)・けいれん・その他 (_____)

新生児聴覚スクリーニング： 異常なし・異常あり (右・左)

新生児マススクリーニング： 異常なし・異常あり

4. 発達の経過

首がすわる	(	か月)	人見知り	(	か月)
寝がえり	(	か月)	指差し	(	か月)
おすわり	(	か月)	意味のある言葉	(	か月)
一人歩き	(	か月)	二語文	(	か月)

5. 既往歴

入院したこと	なし	あり	(具体的に)
けいれん/てんかん	なし	あり		
現在治療中の病気	なし	あり	(具体的に)
内服している薬	なし	あり	(具体的に)
薬・食物のアレルギー	なし	あり	(具体的に)

6. 生活歴

保育園・幼稚園・こども園	通っていない	通っている	(加配	あり・なし)
療育(児童発達支援)	使っていない	使っている	(使った)	
小学校	通常の学級	通級指導教室	特別支援学級	
	特別支援学校			
放課後等デイサービス	使っていない	使っている		
リハビリ	利用していない	利用している	(したことがある)	
		(どこで)	
		(理学療法・作業療法・言語聴覚療法)		

ありがとうございました。