

問 診 票

初診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者氏名: _____ (続柄)

フリガナ		性別	住所	〒
お名前		男・女		
生年月日	S・H	年	月	日
	(歳	ヵ月)	
電話番号	自宅 :		携帯 :	
園・学校	紹介機関			

■ご相談にあたって

●ご相談したいことはどんなことですか。

●お困りのことは、いつ頃から始まりましたか。

●これまでどんな対応をされてきましたか。

●受診にあたり、お子様にどのように説明しましたか。

2枚目以降もご記入ください

■生育歴について教えてください

妊娠中	
●妊娠中毒症	【 ない ・ ある → (蛋白尿 ・ 尿糖 ・ 高血圧)】
●切迫早産	【 ない ・ ある → (カ月)】
●切迫流産	【 ない ・ ある → (カ月)】
●感染症	【 ない ・ ある → ()】
●薬剤の使用	【 ない ・ ある → ()】
●喫煙	【 吸わない ・ 吸う → (1日 本)】
●お酒	【 飲まない ・ 時々 ・ ほぼ毎日 → (1日 ml)】
出産時	
●在胎日数/出生時体重	【 正常 ・ 無痛 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開 】 (週 / g)
●重度の黄疸	【 ない ・ ある 】
●ミルク	【 母乳 ・ 混合 ・ 人工 】
●ミルクの飲み	【 よい ・ 悪い 】
0歳～1歳	
●首のすわり (カ月)	●おすわり (カ月)
●はいはい (カ月)	●ひとり歩き (カ月)
●始語 (カ月)	
●0歳～1歳の間で気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 人見知り(8～9ヶ月)がなかった。 <input type="checkbox"/> 後追いがなかった。 <input type="checkbox"/> 視線が合わない。 <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも振り向かない。	
● 乳幼児健診で何か指摘されたことはありますか	【 ない ・ ある 】 “ある”と答えた方は下枠内へ
<u>月齢と指摘された内容について</u> <div style="height: 60px;"></div>	
幼児期	
●幼児期で気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 落ち着きのなさ →(歳頃/具体的な様子) <input type="checkbox"/> 人やテレビの動作の真似をしない <input type="checkbox"/> 指さしをしない <input type="checkbox"/> 表情が少ない	

3 枚 目 へ 続 く



幼児期(続き)

●幼児期で気になった、または周囲から指摘された行動にチェックしてください。

- ごっこ遊びをしない
- 一人遊びが多い
- ある動作や順序、遊びなどを繰り返す (例;物を並べる、積み上げる、集めるなど)

遊びの具体的内容

- 音に敏感に反応する
- 大きな音に驚かない
- 寒さや暑さに敏感
- 触覚が敏感 (例;水・粘土・絵具などに触れる事を嫌がる、泥遊びを嫌がるなど)
- 痛みに鈍感

聴覚・触覚・温冷感・味覚・嗅覚など感覚の過敏さ・鈍感さに関する内容

- 極端な食べ物の好き嫌いがある

偏食の具体的内容

- 強いこだわりがあった (例;道順にこだわる、数字にこだわるなど)

こだわりの具体的内容

- 手をヒラヒラさせたり、指を動かしてじっとながめる
- 睡眠時間が不規則

<幼児期の集団場面での様子>

- 集団生活/入園 (歳 カ月から) ●登園しぶり・不登園 【ない・ある】
(期間・時期:)
- 初めての場面(入園など)での分離
【すぐにできた・少し経ってできた・かなり経ってできた・まったくできなかった】
- 同年齢のお友達 【いた・いなかった】 ●異年齢のお友達 【いた・いなかった】
- 集団行動での様子・特徴・気になる点などあればお書きください。

4 枚 目 へ 続 く



■ご家族について教えてください

●同居されているご家族(本人含め 人) →

続柄	年齢	続柄	年齢

●同居されていないご家族 (人) →

●父方
祖父 (歳 / 健康・病気・死去) 祖母 (歳 / 健康・病気・死去)

●母方
祖父 (歳 / 健康・病気・死去) 祖母 (歳 / 健康・病気・死去)

●ご家族・ご親族で病歴のある方は

【いない・いる】

(続柄: /診断名:)

(続柄: /診断名:)

(続柄: /診断名:)

(続柄: /診断名:)

■その他

●何かご質問・ご希望があればご記入ください

問診票は以上です。ご協力ありがとうございました。

受付へご提出ください。

新泉こころのクリニック

〒253-0084 茅ヶ崎市円蔵2443-6

TEL 0467-55-8051