





- 特定の場所に行くと話せなくなる
- 扇風機や車のタイヤなどクルクル回るものをずっと見ている
- 目が合いづらい
- 大きい音が苦手
- 食べ物の好き嫌いが激しい
- でんぷん糊や粘土が触れない
- 特定のお気に入りの服を着たがる
- 人見知りが強い
- 集団での活動に入れない
- 授業中に立ち歩く
- 忘れ物が多い
- 言葉がどもる
- 夜尿がある
- 夜なかなか寝ない
- 名前を呼んでも振り向かない
- 突然大声を出す
- 名前を呼んでもしばらくぼんやりしていることがある
- 親や先生の指示通りに動けない
- 新しい環境になかなかなじめない
- 大人の顔色をうかがう
- その他 ( )

4. お子さんの小さな頃についてお尋ねします。

1) 出生の身長：                      c m    体重：                      g  
 在胎週数 (              週)              出生時の異常    □なし    □あり (              )

2) 首すわり (              ヶ月)    寝返り (              ヶ月)    ハイハイ (              ヶ月)  
 お座り (              ヶ月)    つかまり立ち (              ヶ月)  
 伝い歩き (              ヶ月)    独歩 (              ヶ月)  
 初語 (              ヶ月) → (どんな言葉                      )

3) お子さんが小さい頃（1歳～2歳ごろ）指差しで何かを覚えてくれることはありましたか？

あった      なかった      覚えていない

4) 3歳ごろまでのお子さんに当てはまるものに☑を入れてください

人見知りがあった

抱っこすると激しく泣かれた

あやすとよく笑っていた

夜泣きが多かった

夜中に急に叫ぶことがあった

5) 好きだった遊びやおもちゃは何でしたか？

( )

5. 保健センターでの乳幼児健診で何か指摘を受けたり幼児教室を勧められたことはありますか？

・1歳半健診時 なし あり ( )

・3歳半健診時 なし あり ( )

6. 現在のお子さんについて教えてください。

身長：                      cm      体重：                      kg

幼稚園・保育園・こども園・小学校・中学校・高校

学年：                      組・年生 ( 通常学級 ・ 支援学級 )

7. 家族構成について教えてください

名前	続柄	年齢	職業	
	父			同居・別居・死別・その他 ( )
	母			同居・別居・死別・その他 ( )
				同居・別居・死別・その他 ( )
				同居・別居・死別・その他 ( )
				同居・別居・死別・その他 ( )
				同居・別居・死別・その他 ( )
				同居・別居・死別・その他 ( )

8. ご家族やご親戚の方でこれまでに心療内科・精神科にかかったことがある  
もしくは現在通院されている方はいらっしゃいますか？

いない

いる→ (患者様からみた続柄 症状・診断名 )  
(患者様からみた続柄 症状・診断名 )

9. これまでに入院するような大きな病気やケガをしたことがありますか？

ない

ある→ ( 歳ごろ 診断名： 治療中・終了)  
( 歳ごろ 診断名： 治療中・終了)

10. 現在、通院されている病気はありますか？

ない

ある→ ( 歳ごろから 診断名： )  
( 歳ごろから 診断名： )

11. 現在、服用されているお薬はありますか？

ない

ある→お薬手帳をお持ちであれば拝見させていただきます。差支えなければコピーを取らせて  
下さい。お持ちでない場合は覚えている範囲で構いませんので飲まれているお薬を  
教えてください。

( )

12. 障害者手帳をお持ちの方はチェックを入れてください

療育手帳 (区分： B2 ・ B1 ・ A)

精神障害者福祉手帳 (区分： 3級 ・ 2級 ・ 1級 )

身体障害者手帳 ( ) 種 ( ) 級 (障害名： )

障害児受給者証

13. 当クリニックでどのようなことを希望されますか？

一般的なお薬（西洋薬）での治療

漢方薬での治療を希望

できる限り薬は飲ませたくない

心理士との相談を希望

学校等に提出する診断書を希望

その他（ ）

14. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

病院・クリニックからの紹介 名称：

紹介状： なし  あり

公共機関からの紹介 機関名：

インターネット

知人からの紹介： 当院の患者様  患者様のご家族  職員（ ）  
 その他（ ）

その他（ ）

15. 診察の際にご希望されることと、聞きたいことがあればお書き下さい。

[ ]

\*ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。

