

記入日 年 月 日

ふりがな .....

お子様のお名前 \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女

生 年 月 日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

年少 ・ 年中 ・ 年長 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ふりがな .....

記入者のお名前 \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

ご住所 〒 ( \_\_\_\_\_ )

**連絡のつきやすい**

電話番号①：続柄 ( \_\_\_\_\_ ) 電話番号②：続柄 ( \_\_\_\_\_ )

**1 当院をお知りになったきっかけを教えてください(あてはまるものに○をつけてください<複数可>)**

- インターネット      学校の先生からのご紹介      ご家族からのご紹介      ご友人からのご紹介  
他機関からのご紹介      兄弟姉妹が通院している(していた)      当院の設置掲示板を見た  
講演会に参加した      その他 ( \_\_\_\_\_ )

**2-1 相談されたいことはどんなことですか？**

あてはまるものにチェックを入れてください。(複数可です)

- 発達特性や傾向を知りたい     発達検査をしたい     就学について相談したい      
 診断書/意見書がほしい     お薬を検討したい     その他

詳細をご記入ください。

## 発達相談外来

2-2 2-1の内容で気になり始めた、または、他の人から指摘を受けた時期はいつ頃ですか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 あるいは \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_歳頃

どなたから指摘を受けたことがありますか？ ( \_\_\_\_\_ ) ・ 指摘を受けたことはない

2-3 これまでどのような工夫や対処をされましたか？

3 発達のことで過去に医療機関を受診したことがある、または、現在も通院されている方はご記入ください。

医療機関名	年齢	相談内容	診断名	継続の有無
	～ 歳			通院 不定期 終了
	～ 歳			通院 不定期 終了
	～ 歳			通院 不定期 終了

4 医療機関以外の施設で相談をしている、または、過去に相談をしたことがあれば、ご記入ください。

機関名	年齢	相談内容	継続の有無
	～ 歳		通院 不定期 終了
	～ 歳		通院 不定期 終了
	～ 歳		通院 不定期 終了

## 発達相談外来

5 現在、療育（児童発達支援）、または、放課後等デイサービス（児童デイサービス）に通っている、  
または、過去に通ったことがあれば、ご記入ください。

施設名	年齢	主な療育の内容	頻度（1週間に1回など）
	～ 歳		
	～ 歳		
	～ 歳		
	～ 歳		

6 今までに、他機関にて発達検査（知能検査）を受けられたことはありますか？

ない ・ ある → 【ある】の方は具体的にお書きください。

機関名	年齢	検査名	結果
	歳 カ月	K式 WISC その他 ( )	口頭説明 文書 説明なし
	歳 カ月	K式 WISC その他 ( )	口頭説明 文書 説明なし

※検査を受けられたことのある方で、検査結果のコピーがありましたら、初診時にご持参ください。

7 障害者（療育）手帳をお持ちですか？ 持っていない ・ 持っている

障害者（療育）手帳を持っておられる方は具体的にお書きください。

療育手帳： A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 （ 年 月 日）取得

身体障害者手帳（ ）種 （ ）級 （障害名： ）

『特別児童扶養手当』、『障害児福祉手当』等、診断書を作成されたことがありますか？

なし ・ あり → 作成した病院名： \_\_\_\_\_

### 8-1 生育歴

出生：（ ）週（ ）日 出生体重：（ ）g

黄疸：なし ・ 普通 ・ 光線療法 ・ 交換輸血 乳児期の栄養法：母乳 ・ 混合 ・ 人工乳

## 発達相談外来

妊娠・出産の時に何か特記事項がありましたらお書きください。

首すわり ( ) カ月	寝返り ( ) カ月	一人すわり ( ) カ月	ハイハイ： した ・ しなかった
一人立ち： 歳 カ月	一人歩き： 歳 カ月	指差し： 歳ごろ	
始語： 歳 カ月 言葉： ( )		トイレトレーニング完了： 歳 カ月	
排泄：オムツ必要 ・ オムツ不要 ・ 夜のみオムツ ・ 通園先のみパンツ (オムツ) ・ トレーニング中			
排尿：事前に伝えられる ・ 事後報告 ・ 全面的に介助必要 ・ ある程度手伝いが必要 ・ 失敗なく自分でできる			
排便：事前に伝えられる ・ 事後報告 ・ 全面的に介助必要 ・ ある程度手伝いが必要 ・ 失敗なく自分でできる			

### 8-2 ことばの発達 (あてはまるものに○をつけてください)

耳の聞こえ	気になる ・ 気にならない
ことばの理解 (日常生活上)	理解できている ・ 多少理解できている ・ 理解できない
ことばでの表現	未発語・単語の一部 (例：“○○ゴ” など) ・ 単語 ・ 二語文 ・ 三語文 ・ 会話できる
コミュニケーション手段	言葉で伝える ・ 手を引いて伝える ・ 指さし ・ 要求しない
ことばの発達で気になるところがありましたらお書きください。	

### 9 健診のときに、何か指摘されましたか？あるいは困っていることを相談しましたか？

1 歳 6 か月児健診 : 何も言われなかった ・ 指導を受けた ・ 相談した

内容： \_\_\_\_\_

3 歳児健診 : 何も言われなかった ・ 指導を受けた ・ 相談した

内容： \_\_\_\_\_

# 発達相談外来

## 10 お子さんの健康について

大きな病気をしたことがありますか？ いいえ ・ はい

病名： \_\_\_\_\_ 治療終了 ・ 経過観察 ・ 治療中

今までにてんかん発作、または、けいれんを起こしたことはありますか？

いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月頃) 治療終了 ・ 経過観察 ・ 治療中

どのような発作でしたか？ \_\_\_\_\_

どれくらいの頻度で起こりますか？

毎日 ・ 1週間に数回 ・ 月に数回 ・ 年に数回 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

頭部外傷を負ったことがありますか？

いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月頃) 治療終了 ・ 経過観察 ・ 治療中

## 11 通園・通学歴 (あてはまるものには○をつけてください)

園・学校の名称 / 期間 / 支援級の利用や加配の有無			
療育園			歳 ~ 歳
保育園	市立 ・ 私立	保育園	加配あり ・ 加配なし
幼稚園	市立 ・ 私立	幼稚園	加配あり ・ 加配なし
小学校	市立 ・ 私立	(進学予定の学校が決まっている場合もご記入下さい)	
			小学校
普通学級・補助教員 ( 年生 ~ 年生) ・ 支援学級 ( 年生 ~ 年生) ・ 通級指導教室 ( 年生 ~ 年生)			
中学校	市立 ・ 私立		中学校
普通学級 ・ 支援学級 ( 年生 ~ 年生)			

## 12 転園・転居はありましたか？ なかった ・ あった

【あった】と○をされた方は、時期や場所、園や学校名などを具体的にお書きください。

\_\_\_\_\_

## 発達相談外来

### 13-1 ご家族構成 (あてはまるものには○をつけてください)

続柄	氏名	年齢	職業/園・学校名	同居の有無
父親				同居・別居・単身赴任・離婚・死別
継父・パートナー				同居・別居・単身赴任
母親				同居・別居・単身赴任・離婚・死別
継母・パートナー				同居・別居・単身赴任
兄・姉・弟・妹				同居 ・ 別居
兄・姉・弟・妹				同居 ・ 別居
兄・姉・弟・妹				同居 ・ 別居
兄・姉・弟・妹				同居 ・ 別居

上記以外に同居されている方がおられましたら、あてはまる方に○をつけてください。

祖父(父方・母方) ・ 祖母(父方・母方) ・ その他( \_\_\_\_\_ )

### 13-2 子育てについて (あてはまるものに○をつけてください)

ご家族間で子育てについての考え方は同じですか? いいえ ・ はい

【いいえ】と○をされた方は具体的にお書きください。

育児に協力・援助してくれる人はいますか?

なし ・ 父 ・ 母 ・ 祖父(父方・母方) ・ 祖母(父方・母方) ・ ご親戚( \_\_\_\_\_ )

ご友人 ・ ご近所の人                      その他( \_\_\_\_\_ )

相談できる人はいますか?

なし ・ 父 ・ 母 ・ 祖父(父方・母方) ・ 祖母(父方・母方) ・ ご親戚( \_\_\_\_\_ )

ご友人 ・ ご近所の人                      その他( \_\_\_\_\_ )

### 13-3 ご家族やご親戚の方で心療内科や精神科への通院歴・入院歴のある方はいますか?

いない ・ いる                      お子さんとの続柄: \_\_\_\_\_                      病名: \_\_\_\_\_

通院なし ・ 通院していた ・ 通院している ・ 入院していた ・ 入院している

## 発達相談外来

### 14-1 お子様についてお尋ねします。(あてはまるものに○をつけてください)

- ① 朝は何時ぐらいに起きますか? ( ~ 時) 寝起きは 良い ・ 悪い
- ② 夜は何時に寝ますか? ( ~ 時) 寝付きは 良い ・ 悪い
- ③ ゲーム・PC・TV等は、何時間ぐらい使いますか? 平日 ( ) 時間 休日 ( ) 時間
- ④ 食事は1日3回とっていますか? はい ・ いいえ
- ⑤ この2、3か月の体重の変化はどうですか? 減少 ・ 変化なし ・ 増加
- ⑥ 親子関係は、うまくいっていますか? 良い ・ ふつう ・ 悪い
- 兄弟姉妹の関係は、うまくいっていますか? 良い ・ ふつう ・ 悪い
- ⑦ 好きな遊びは何ですか? \_\_\_\_\_
- ⑧ 得意なことは何ですか? \_\_\_\_\_
- ⑨ 性格は? \_\_\_\_\_
- ⑩ 友だちにはどのように接しますか? あまり関わらない ・ 誘われれば遊ぶ ・ 積極的
- ⑪ 園の先生からはどんなお子様とされていますか?  
\_\_\_\_\_

### 14-2 お子さまの行動であてはまるものにチェックをつけてください(複数可)。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ① 落ち着きがない             | <input type="checkbox"/> ⑪ 喋っているが発音が不明瞭で聞き取りにくい |
| <input type="checkbox"/> ② 思い通りにならないとかんしゃくを起こす | <input type="checkbox"/> ⑫ 会話がズれる               |
| <input type="checkbox"/> ③ 注意散漫である             | <input type="checkbox"/> ⑬ 友達と遊ぶより一人遊びが好き       |
| <input type="checkbox"/> ④ 大人の言うことを聞かない        | <input type="checkbox"/> ⑭ 新しい事やいつもと違う事に苦手さがある  |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 忘れ物が多い              | <input type="checkbox"/> ⑮ こだわりがある              |
| <input type="checkbox"/> ⑥ 順番を待つことが難しい         | <input type="checkbox"/> ⑯ 偏食が激しい               |

## 発達相談外来

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ⑦集団行動が苦手   | <input type="checkbox"/> ⑰音に敏感である          |
| <input type="checkbox"/> ⑧手先が不器用    | <input type="checkbox"/> ⑱勉強の遅れがある         |
| <input type="checkbox"/> ⑨負けるのがすごく嫌 | <input type="checkbox"/> ⑲よくつまづく           |
| <input type="checkbox"/> ⑩言葉の遅れがある  | <input type="checkbox"/> ⑳ノートへの書き写しに時間が掛かる |

15 現在、通われている習い事、過去に通われていた習い事があれば、ご記入ください。

習い事	年齢	頻度 (週に1回など)
	歳 ~ 歳	
	歳 ~ 歳	
	歳 ~ 歳	
	歳 ~ 歳	
	歳 ~ 歳	

16 乳児期から現在に至るまでお子さまの行動の様子について当てはまるものにチェックをつけてください  
(複数可)。

### I 乳児期 (0~1歳頃)

<input type="checkbox"/> 目が合いにくかった	<input type="checkbox"/> 筋肉が硬い/柔らかいと言われた
<input type="checkbox"/> 抱かれることを嫌がるが多かった	<input type="checkbox"/> 首すわりが遅かった
<input type="checkbox"/> 笑いかけへの反応が乏しかった	<input type="checkbox"/> 寝つきや睡眠リズムに問題があった
<input type="checkbox"/> 泣きが激しい、泣き止みにくかった	<input type="checkbox"/> 音・光・触覚などへの過敏/鈍感があった

### II 幼児期 (1~6歳頃)

#### 1. コミュニケーション (1~6歳頃)

<input type="checkbox"/> 要求の指さしが少なかった (例: 欲しい物を指さして「とって」と示さない/手を引いて誘導することが多い)	<input type="checkbox"/> 共感の指さし (見せる・共有する) が少なかった (例: 見つけたものを指さして大人に“見て”と示さない)
<input type="checkbox"/> オウム返し (エコラリア) が多かった	<input type="checkbox"/> 名前を呼ばれても反応しにくかった
<input type="checkbox"/> 言葉が遅かった	<input type="checkbox"/> 一人で遊ぶことが多かった

## 発達相談外来

### 2. 行動の特徴 (1~6 歳頃)

<input type="checkbox"/> 同じ行動を繰り返すことが多かった (例:手をひらひら、くるくる回る、同じ言葉を繰り返すなど)	<input type="checkbox"/> おもちゃや物を並べる・決まった配置にこだわるなどの行動があった
<input type="checkbox"/> かんしゃく・パニックを起こすことがあった	<input type="checkbox"/> 落ち着きがなかった
<input type="checkbox"/> 予定や順番の変更が苦手だった	

### 3. 感覚の特徴 (1~6 歳頃)

<input type="checkbox"/> 音・光・匂いに過敏・鈍感だった	<input type="checkbox"/> 痛みに鈍い/温度に気づきにくい傾向があった
<input type="checkbox"/> 特定の触感が苦手だった (タグ・特定の衣服など)	<input type="checkbox"/> 特定の刺激を好む傾向があった (例:布やひもを触り続ける、光や回る物を見続ける、同じ動画を見続ける)

## Ⅲ 保育園・幼稚園の時期 以下は、3歳-6歳を対象とした質問になります。

### 1. 行事・集団活動 (3-6 歳)

<input type="checkbox"/> 行事にスムーズに参加できていた	<input type="checkbox"/> 整列や順番待ちが難しかった
<input type="checkbox"/> 活動の途中で離脱することがあった	<input type="checkbox"/> お母さん・お父さんと離れるのを嫌がった
<input type="checkbox"/> 大きな音やにぎやかさが苦手だった	<input type="checkbox"/> 行事後に疲れやすかった
<input type="checkbox"/> 行事前に不安や緊張が強かった/テンションが高くなりすぎることがあった	

### 2. 日常の活動 (3-6 歳)

<input type="checkbox"/> 一人で遊ぶことが多かった	<input type="checkbox"/> お友達とトラブルが多かった
<input type="checkbox"/> 片づけが苦手だった	<input type="checkbox"/> 特定の遊びにこだわるることがあった
<input type="checkbox"/> 危険予測が苦手だった (例:車や自転車が来ているも周りを確認せず走り出す、椅子や高いところに登ったり飛び降りる、人との距離が掴めずぶつかる)	<input type="checkbox"/> 遊びの切り替えが難しかった (例:遊びに夢中になると声をかけても聞こえていないみたい、終わりや片付けの声かけて怒る・泣く、次の活動に移れない)

### 3. 静かな活動 (読み聞かせ・集まり) (3-6 歳)

<input type="checkbox"/> 先生のお話や読み聞かせを落ち着いて聞けていた	<input type="checkbox"/> 先生の話が分かりにくい様子があった (例:先生の指示や説明が一度で理解できていないので周りを見てから動くためワテンポ遅れる)
<input type="checkbox"/> 途中で立ち歩くことがあった	<input type="checkbox"/> 興味があるテーマの時のみ集中できていた

### 4. 身辺自立 (3-6 歳)

<input type="checkbox"/> 着替えに時間がかかった	<input type="checkbox"/> 偏食 (食べ物の好き嫌い) が多かった
<input type="checkbox"/> トイレ動作の自立が遅かった	<input type="checkbox"/> 帰りの支度や片づけに時間がかかった
<input type="checkbox"/> 生活手順 (手洗い・支度) が覚えにくかった	

### 5. 対人関係・コミュニケーション (3-6 歳)

<input type="checkbox"/> 友だちと自然に会話しにくかった	<input type="checkbox"/> 一方的に話し続ける傾向があった
<input type="checkbox"/> 気持ちを言葉で伝えることが難しかった	<input type="checkbox"/> 表情や空気を読み取りにくかった
<input type="checkbox"/> トラブル時に固まる/泣く/怒るなど反応が強かった	<input type="checkbox"/> 先生へ甘えすぎる/距離があるなど特徴があった

## 発達相談外来

### 6. 園からの指摘や受けていた支援 (3-6 歳)

<input type="checkbox"/> 加配がついていた	<input type="checkbox"/> 友だち関係の指摘があった(例:トラブルが多い、お友達に手が出る、1人遊びが多い)
<input type="checkbox"/> 情緒面で指摘があった(例:かんしゃく、不安が強い、気持ちの切り替えに時間がかかる)	<input type="checkbox"/> 行動面で指摘があった(例:落ち着きのなさ、指示が通りにくい、集団行動が苦手など)
<input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーションの指摘があった	<input type="checkbox"/> 感覚過敏の指摘があった
<input type="checkbox"/> その他(自由記述)	

### 17 年長のお子さまを対象にした質問です。

過去1年間のお子さまの行動の様子について、週2回以上当てはまるものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> はさみ、シール貼り、ぬりえ、折り紙など細かい作業でうっかりミスがある	<input type="checkbox"/> おもちゃ、持ち物、ぼうし、上着、ハンカチなどをなくしたり、どこに置いたか忘れてたり、置き忘れる
<input type="checkbox"/> 集中し続けるのがむずかしい	<input type="checkbox"/> 面と向かって話しかけられているのに、ぼんやりしていて、しっかり聞いていないように見える
<input type="checkbox"/> 他のことに気を取られてやるべきことが終わらない(食事を食べ終わるまで時間がかかるなど)	<input type="checkbox"/> 好きなことに集中しすぎて、切り替えがむずかしい
<input type="checkbox"/> 絵本の読み聞かせを最後まで聞いていられず、立ち歩いたり他のことをはじめる。	<input type="checkbox"/> 遊びや活動の手順を最後までやり遂げられない。別の遊びに移る。
<input type="checkbox"/> 集団活動(朝の会、体操、工作、読み聞かせなど)で指示を聞き逃しやすい	<input type="checkbox"/> パズル、お絵かき、積木、文字の練習など、集中力の維持が必要なことを避けたり嫌がったり、なかなかやろうとしない

### 17-1 上記のチェック項目について、どの程度の問題が起きているかチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 生活上の支障はほとんどない	<input type="checkbox"/> 軽い困りごとはあるが概ね安定している
<input type="checkbox"/> 困難が日常生活に影響している	<input type="checkbox"/> 生活全般に支障が大きい

## 発達相談外来

17-2 上記のチェック項目について当てはまるものがあつた場合は、最近のエピソードについて詳細を記入してください。

(エピソード例) 授業中に先生の指示を聞いていてもすぐに注意がそれてしまつてぼーとしていたり、手遊びなどちがうことを始めてしまう場合がある。そのため行動がワテンポ遅れてしまつて、教科書を出すのが遅れたりする。注意をされるとその瞬間は集中しようとするが、一日のうちに、たびたびそのような状態になるので怒られることが多い。本人も「自分ばかり怒られる」と自信を失つてきている。

18 以下は年長のお子さまを対象にした質問です。

過去1年間のお子さまの行動の様子について週2回以上当てはまるものに当てはまるものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 手足がもじもじ動いたり、姿勢が崩れやすかつたり、身体の落ち着きのなさがある	<input type="checkbox"/> 大きな声や大きな物音を立てずに、静かに遊ぶことが難しい
<input type="checkbox"/> 絵本の読み聞かせ、食事中、廊下、電車、待合室など席に着いていることが求められる状況で、席を離れたり、目立つ行動をする。	<input type="checkbox"/> 質問に対してよく考えないまま返事をしたり、質問が終わる前に答えてしまう
<input type="checkbox"/> 独り言をずっと言つていたり、一方的に話している	<input type="checkbox"/> がまんが難しい。順番を待つたり、時間やルールを守つたり、欲しいものをがまんすることが苦手
<input type="checkbox"/> 外出先で走つて行つたり、迷子になる	<input type="checkbox"/> 会話中に「ねえ見て」など頻繁に割り込んで話しかける
<input type="checkbox"/> お友達を押ししたり叩いたり手が出てしまう	<input type="checkbox"/> かんしゃくがある。自分の感情を抑えることが苦手

18-1 上記のチェック項目について、どの程度の問題が起きているかチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 生活上の支障はほとんどない	<input type="checkbox"/> 軽い困りごとはあるが概ね安定している
<input type="checkbox"/> 困難が日常生活に影響している	<input type="checkbox"/> 生活全般に支障が大きい

## 発達相談外来

18-2 上記のチェック項目について当てはまるものがあつた場合は、最近のエピソードについて詳細を記入してください。

(エピソード例) 園では、座っている時間が長くなると落ち着かず、立ち歩いたり教室をうろうろすることがある。遊びの順番を待てず、友だちのおもちゃを取ってしまい、けんかになることがある。家庭でも、食事中や遊んでいる最中に立ち上がって歩き回ったり、思いつきで物を触ってしまう。注意されても一時的に落ち着くが、すぐにまた動き出したり、やりたいことを優先して行動してしまう。

ご協力ありがとうございました。