

平成病院 小児発達及び学習に関する問診票

記入日 令和 年 月 日  
記入者名 \_\_\_\_\_

お名前 ふりがな \_\_\_\_\_

生年月日 平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

住 所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_ (携帯の場合、続柄\_\_\_\_\_)

就学状況

( ) 保育園/こども園 (未満児、年少、年中、年長) 通園開始年齢 ( 歳)  
( ) 小学校 (通常級、通級、支援学級) ( ) 学年  
( ) 中学校 (通常級、通級、支援学級) ( ) 学年  
未就園、未就学  
その他 ( )

家族構成

お名前	年齢	続柄	お勤め先	同居・別居

主訴

現在最も心配していること、気になっていること、あるいは困っていることをお書き下さい。

## 主訴の分類分け

当てはまるところにご記載ください。

困っていること	具体的な内容	お困りごとの生じる場に ○を付けて下さい
集中力のなさ、不注意		保育園や学校 ・ 家庭内
落ち着きのなさ、多動		保育園や学校 ・ 家庭内
衝動性の高さ		保育園や学校 ・ 家庭内
他者への迷惑行為		保育園や学校 ・ 家庭内
学習の困難		保育園や学校 ・ 家庭内
その他		保育園や学校 ・ 家庭内

当院を受診するきっかけを、以下から選んで○をつけてください。

医療機関、 保健師、 保育園（こども園）、乳幼児健診（ 1 歳半、 3 歳、 5 歳 ）、  
学校、 知人、 その他 （                      ）

## これまでの診療、療育歴

病院（児童発達支援センター）、診療内容、及び期間をご記入ください。

病院	施設名	診療内容	診療期間
1 _____	_____	_____	年    月    から    年    月
2 _____	_____	_____	年    月    から    年    月
3 _____	_____	_____	年    月    から    年    月

これまでに発達及び知能の評価を受けたことがある方は、検査日、検査の種類を記入してください。また、ご記入いただいた検査の結果について、後日複写の提出をお願いいたします。

検査名	施行日
新版 K 式 ・ WISC ・ その他（                      ）	年    月
新版 K 式 ・ WISC ・ その他（                      ）	年    月
新版 K 式 ・ WISC ・ その他（                      ）	年    月

※その他には、DN-CAS、K-ABC2、田中ビネーなどが当てはまります。

## 既往歴

お子さんには次のような病気や怪我の経験はありますか。該当しない場合は「なし」を○で囲んでください。該当する場合は「ある」を○で囲み、病名等のご記入をお願いいたします。

	有無	具体的な疾患名
けいれん性疾患 (てんかん・熱性けいれんなど)	なし ・ あり	
高熱を伴う	なし ・ あり	
視力・視覚障害	なし ・ あり	
聴力・聴覚障害	なし ・ あり	
アレルギー性疾患 (気管支喘息、アレルギー性鼻炎、 アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎など)	なし ・ あり	
四肢の骨折	なし ・ あり	
頭部外傷	なし ・ あり	
その他	なし ・ あり	
現在、加療中の病気	なし ・ あり	疾 病 名： 治 療 内 容：

## 睡眠に関する質問

何時頃就寝していますか。 → (                  時)

毎日ほぼ同じ時間に寝ていますか。 → はい ・ いいえ

途中覚醒を認めますか。 → はい ・ いいえ

平均睡眠時間は何時間ほどですか。 → (                  時間)

昼間に眠気またはうたた寝がしばしばありますか。

→ はい ・ いいえ