問　診　票　②

記入日：　　年　　月　　日
記入者：父　・　母　・　その他（　　）

わ　か　る　範　囲　で　ご　記　入　く　だ　さ　い

◆　所属先

□なし　　□（　　）保育園・幼稚園　　□加配あり

◆　本日の受診・利用の目的を教えてください

◆　そのほかに困っていることや相談したいことがありますか？

□落ち着きのなさ　□かんしゃく　□こだわり　□切り替えられない
□集団行動ができない　□行き渋り　□偏食　□睡眠の心配
□言葉の遅れ　□運動面での不安　□その他（　　）

◆　これまで以下のような様子はありましたか？

□特になし
□視線が合いにくい　□言葉がなかなか増えない　□独り言が多い　□おとなしく手がかからない
□抱っこや手をつなぐのを嫌がった　□一人遊びが多い
□つま先で歩く　□順番、衣服、物の位置にこだわる　□特定のマークや CM が好き
□迷子になりやすい　□ミニカーなどをきっちり並べる　□タイヤなど回るものを眺める
□音やにおいなど感覚に敏感　□手先が不器用　□パニックやかんしゃくがひどい
□偏食　□落ち着きがない　□人見知りや場所見知りが強かった
□その他（　　）

◆　ほかの医療機関などで相談あるいは診察を受けたことはありますか？

□なし
□あり　→　どのように言われましたか？
（　　）

◆　発達検査（新版 K 式、田中ビネー検査など）を受けたことはありますか？

□なし
□あり　→　いつ（　　年　　月　　日）　検査名（　　）

次のページに続く

◆　お聞きになりたいこと

□診断名を知りたい　□対応を知りたい　□その他（　　）

ありがとうございました。