

初回面談 問診票 (学齡児)

記入日：令和 年 月 日

*お子さんのお名前をお書きください。 フリガナ 名前		男 ・ 女	住所	〒 - 鶴見区・神奈川区・他区 ()
----------------------------------	--	-------------	----	---------------------

生年月日	H・R 年 月 日生	所属	小学校	電話	固定： 携帯：
年生 / 一般学級・個別支援級・通級利用					

☆ 紹介を受けたところ (該当するところに☑チェックをつけてください。)

区役所 病院やクリニック 幼稚園や保育園 小学校(担任・児童支援専任・養護教諭)
 児童相談所 特別教育総合相談センター スクールカウンセラー
 インターネットで調べた 兄弟姉妹が利用していた その他 ()

☆ ご心配なこと☐相談したいこと (該当するところに☑チェックをつけてください。複数回答可) 担任からの指摘あり・なし

学習に遅れがある 文字を書くのが苦手 (ひらがな・カタカナ・漢字)
 音読が苦手 集中力がない 授業中、着席せず立ち歩く 何度教えてもできない
 言葉でうまく説明できない 物を取ってきてしまう 友達とのトラブルが多い
 怒りや泣きの感情がコントロールできない 暴力・暴言がある 登校しぶり、不登校
 着替えや支度が苦手 忘れ物が多い 発音がはっきりしない どもりがある
 その他 ()

☆ 診察で聞きたいこと、当センターに期待すること (☑チェックをつけてください。複数回答可。)

医学的な判断 (診断) が聞きたい 対応のアドバイスがほしい
 発達、知能検査を受けたい 幼稚園、保育園、学校など進路の相談に乗ってほしい
 その他 ()

☆ 同居のご家族について

続柄	氏名(フリガナ) 同姓の場合、苗字不要	生年月日	勤務先・所属 (幼稚園・保育園・小学校など)
		S R H	
		S R H	
		S R H	
		S R H	
		S R H	

☆ ご家族やご親戚で、精神的な病気や、発達の障害などがある方があればお書きください。

○ 現在、治療をされている病気はありますか？ なし ・ あり ⇒ 病名 ()
通院している病院名 ()

○ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし ・ あり ⇒ 薬の名前 ()

○ アレルギー性疾患はありますか？ なし ・ あり ⇒ 当てはまるところに☑をお書きください。

気管支喘息 (オ ヶ月から) アレルギー性鼻炎 (オ ヶ月から)
 アトピー性皮膚炎 (オ ヶ月から) 食物アレルギー (食品名：)
 薬アレルギー (薬名：) その他 ()

○ これまでに以下のような病気にかかったり、入院や手術をしたことはありますか？

なし ・ あり ⇒ けいれん・てんかん (オ、起きた回数 回、熱あり/熱なし)
 その他 病気やケガ ()

本日の体温 : 本人 ℃ 保護者 ℃

