**問診票**

記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **相談対象者との関係** |  |

**※お答えいただける範囲で結構です。すべて記入しなくても構いません。**

**➡裏へ続きます**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **性別** | 男・女 | **生年月日** | S・H　　年　　月　　日（　　　歳） |
| **所属先** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **住　所** | 〒 　　 - 川崎市 |
| **電話番号** | 自宅： - 　 - 　　携帯：　　　-　　　　-　　　　　（　　） |
| **障害者手帳** | □手帳なし □精神手帳（ 級） □療育手帳 □身体手帳（　　種　　級） |
| **心配されていることはどのようなことですか。** |
|  |
| **当センターに期待する相談や支援はどのようなことですか。** |
|  |
| **発達障害に関する今までの相談・医療歴（療育センター、医療機関、相談機関など）** |
| 期間・年齢 | 医療・相談機関名 | 内　容 |
| 年　 月（ 歳）～年　 月( 　歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）～年 月（ 歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）～年 月（ 歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）～年 月（ 歳） | 　 | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）～年 月（ 歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家族構成** | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 生年月日 | 勤務先・所属 | 健康状態 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
| **妊 娠** | 妊娠週数　　　週 体重　　　　ｇ　身長　　　cm　頭囲　　　cm　胸囲　　　cm |
| **分 娩** | 自然分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **新生児期** | 黄疸 ・光線療法 ・ 酸素吸入 ・ 保育器 ・ その他（　　　　 　　　　　　　　　） |
| **乳幼児期** | 首のすわり　 　か月　　寝返り　 　か月　おすわり 　　 か月　　はいはい　 　か月ひとりあるき　　歳　　か月　はじめての言葉　　歳　　か月　　二語文　　歳　　か月□熱性けいれん（ひきつけ）　□てんかん　□アレルギー（　　　　　　　　　　　）□その他（入院、手術等）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| **乳幼児健診** | □指摘なし　□指摘あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **学歴・職歴（転園、転校、転職があれば複数ご記入ください）（通級・支援級利用の際は〇）** |
| **保育園・幼稚園** | （　　歳入園）　　　　　　　　　　園、（　　歳入園）　　　　　　　　　　園 |
| **小学校** |  | 通級（言語・情緒）・支援級 |
| **中学校** |  | 通級（言語・情緒）・支援級 |
| **高校等** |  | 通級 |
| **日常生活（複数ある場合にはすべてに✓をつけてください）** |
| **食 事** | 1日 1 ・ 2 ・ 3食　　□規則的　　□不規則 |
| **睡 眠** | 就寝～起床（　　時頃～　　時頃）　　□よく眠れる □ふつう □あまり眠れない□寝つきがわるい □夜中に起きてしまう □朝早く起きてしまう □睡眠薬を服用している |
| **発達障害以外の既往歴** | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **趣 味** |  |
| **器用さ** | □器用　□ふつう　□不器用　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

ご協力ありがとうございました。この問診票は、初回面談日にお持ちください。

◆この問診票は個人情報保護条例に基づき厳重に管理し、相談以外の目的には使用しません。

◆ご相談を進めるにあたり、関係機関との調整やご紹介などのため必要があるときは、事前に

　ご了解を得たうえで個人情報を開示することがありますので同意をお願いいたします。

サイン