

初回面談 問診票 (未就学児)

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 (歳 ヶ月) | 所属 | 幼稚園 保育園 | 電話 | 固定： 携帯： | |
| ☆ 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。) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 区役所 (健診、子ども相談、親子教室) <input type="checkbox"/> 病院やクリニック <input type="checkbox"/> 幼稚園や保育園 <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 特別教育総合相談センター <input type="checkbox"/> インターネットで調べた <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が利用していた <input type="checkbox"/> 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。) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ことばの遅れ <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 発音がはっきりしない <input type="checkbox"/> 運動発達が遅い <input type="checkbox"/> 手先が不器用 <input type="checkbox"/> 友達と遊べない <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> どもりがある <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| ☆ 「耳の聞こえ」を心配されていますか？ なし ・ 心配あり ・ どちらともいえない | | | | | | |
| ☆ 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。) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 医学的な判断 (診断) が聞きたい <input type="checkbox"/> 対応のアドバイスがほしい <input type="checkbox"/> 発達、知能検査を受けたい <input type="checkbox"/> 幼稚園、保育園、学校など進路の相談に乗ってほしい <input type="checkbox"/> 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 | |

☆ 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。

- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 (才 ヶ月から) | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 (才 ヶ月から) |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (才 ヶ月から) | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (食品名：) |
| <input type="checkbox"/> 薬アレルギー (薬名：) | <input type="checkbox"/> 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 (才、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 °C 保護者 °C

