

--	--	--	--	--

【 小児言語リハビリテーション問診票兼申込書 】

お子さんの治療方針を立てる上で大切な資料となりますので、以下に詳しくご記入下さい。
また他の病院・施設で療育や訓練を受けておられる方（今後、開始される予定も含めて）は、
当院で実施できない場合がありますので、あらかじめお知らせください。

記入日：20 年 月 日

お子さん： (年齢： 歳 ヶ月)	通園／通学先： (学年)
記入者： (続柄：)	連絡先①： (連絡可能な時間帯)
	連絡先②： (連絡可能な時間帯)

1. ことばや発達の状況について、問題点または困っている点など、できるだけ詳しくお書き下さい。

2. 家や保育園、幼稚園、学校での様子（行動、態度、学習技能、集団適応、友人との関係など）

以前（いつ頃）
最近

3. 家庭環境（本人に○をつけてください）

①同居家族構成

祖父	歳	第1子（男・女）	歳	その他（ ）	歳
祖母	歳	第2子（男・女）	歳	その他（ ）	歳
父	歳	第3子（男・女）	歳	その他（ ）	歳
母	歳	第4子（男・女）	歳	その他（ ）	歳

②主な養育者： _____ ③家族内外の協力者： _____

4. 出産時の様子

- ① 妊娠 _____ 週にて出産、 出生時体重： _____ g、 黄疸： [強・ふつう]
- ② 分娩状態： [正常分娩・帝王切開・難産・そのほか（ ）]

5. 発達の経過

首すわり	歳	ヶ月	小さな物をつまむ	歳	ヶ月	人見知り	歳	ヶ月
寝返り	歳	ヶ月	スプーンの使用	歳	ヶ月	後追い	歳	ヶ月
はいはい	歳	ヶ月	箸の使用	歳	ヶ月	始語	歳	ヶ月
1人座り	歳	ヶ月	上着を自分で脱ぐ	歳	ヶ月	2語文	歳	ヶ月
1人立ち	歳	ヶ月	大きなボタンの はめはずし	歳	ヶ月	簡単なお手伝い	歳	ヶ月
1人歩き	歳	ヶ月						

* 発達状況に問題があるといわれたことはありますか？ それはいつ頃どんな内容でしたか？

[なし あり： _____]

6. 身の回りの自立 (あてはまるものに○をつけてください。)

- ① 食事動作 [まったく自分で食べられない・介助が必要・ひとりで汚さず食べられる]
- ② 食事内容 [噛むことが苦手・飲むことが苦手・偏食が多い・だいたい何でも食べられる]
- ③ 排尿 [オムツ使用・声かけや介助によりトイレでできる・ひとりでできる]
- ④ 排便 [オムツ使用・声かけや介助によりトイレでできる・ひとりでできる]
- ⑤ 利き手 [右手・左手・左利きを右手に直している・決まっていない]

7. 外遊びについて

- ①外で遊べるような遊び場が近所にありますか? : _____
- ②どのくらいの頻度で、外に出て遊びますか? : _____

8. 最近の遊びの様子

- ①好きなもの、こと、遊び : _____
- ②嫌いなもの、こと、遊び : _____

9. 最近のコミュニケーションの様子 (あてはまるものに○をつけてください。)

- ①どれくらい話せますか? [話せない・単語のみ・短い文が言える・普通に会話できる]
- ②お子さんのことばは、周りの人にどれくらい伝わりますか?
[ほとんど伝わらない・ときどき伝わらないことがある・だいたい伝えられる]
- ③ことばの理解はどれくらいできますか? [遅れている・少し配慮が必要・問題ない]

10. 発達についての受診や相談、療育訓練などを受けたことがありますか?

初診	医療・相談機関名	診断・助言内容	療育など	経過どちらかに☑
20 年 月			<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了
20 年 月			<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了
20 年 月			<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了

11. 以下の検査を受けたことがありますか? 未受診でも気になることがあれば☑して下さい。

検査	時期	医療機関名	結果	未受診
視力	歳 ヶ月			<input type="checkbox"/> 気になっているが未受診
聴力	歳 ヶ月			<input type="checkbox"/> 気になっているが未受診
脳波 CT/MRI	歳 ヶ月 歳 ヶ月			<input type="checkbox"/> 気になっているが未受診

12. 定期的に飲んでいる薬がありますか? [なし・あり()]

ご協力ありがとうございました。

***** 医師指示欄 *****

- 言語療法 (ST)
- 紹介状あり

備考:

医師サイン: _____