

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
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 (S T) 紹介状あり

備考:

医師サイン: _____

愛知国際病院 2013年5月