

# やまだこどもクリニック発達外来を受診される皆様へ

記入日 西暦 年 月 日  
記入者氏名 (続柄 )

## 予診票ご記入のお願い

当院では、限られた診療時間内で円滑な診察を行い、適切な支援につなげていくために、あらかじめ予診票への記入をお願いしております。

下記の質問の回答欄に記入または口に✓をお願いします。ご記入いただけない項目や不明な項目は空欄のままで結構です (担当者が直接お伺いする場合があります)。

また学会発表などに利用する場合がありますが、個人情報として外部へ漏れることは一切ありません。別途当院での調査や研究にご協力をお願いする場合は、その旨をご本人、ご家族にご説明いたします。

ふりがな

- \*お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)  
\*生年月日 西暦 年 月 日 歳  
\*住所 〒 \_\_\_\_\_  
\*電話番号：日中連絡の取れる番号 \_\_\_\_\_  
\*身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
\*現在通っている所 名称 \_\_\_\_\_  
種類 保育園・幼稚園・こども園・療育施設  
学校 (普通・通級・特別支援学級・特別支援学校)  
\*身体障害者手帳 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 級 交付年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
\*療育手帳 (愛の手帳等) \_\_\_\_\_ 度 交付年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
\*今回の紹介元 \_\_\_\_\_

\*ご心配なことはどんなことですか

---

---

---

---

\*お困りのことは、いつ頃から始まりましたか。

---

---

---

---

**\*ご家族についてお知らせください**

同居されている家族についてお知らせください

氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態
	母			

ご親戚で発達の遅れのある方や精神疾患の方はいらっしゃいますか？

いない ・ いる (続柄) \_\_\_\_\_

ご親戚で筋肉の病気の方はいらっしゃいますか？

いない ・ いる (続柄) \_\_\_\_\_

**\*妊娠中の状況についてお知らせください**

妊娠歴 \_\_\_\_回 出産歴 \_\_\_\_回 近親婚 人工授精 体外受精

お子さんを出産時のご両親の年齢 父 \_\_\_\_歳 母 \_\_\_\_歳

健康 むくみ 高血圧 蛋白尿 糖尿 激しいつわり 貧血

感染 切迫流産 切迫早産 胎盤異常 胎児異常 羊水異常

放射線照射 喫煙 飲酒

お母様のご病気 \_\_\_\_\_

内服薬 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

**\*分娩時の状況についてお知らせください**

自然分娩 帝王切開 (理由: \_\_\_\_\_)

前早期破水 吸引分娩 鉗子分娩 誘発分娩 遷延分娩

骨盤位 (逆子) 羊水混濁 臍帯巻絡 胎盤異常

その他 \_\_\_\_\_

**\*産まれた時の状況についてお知らせください**

在胎週数 \_\_\_\_週 \_\_\_\_日 (または出生予定日: \_\_\_\_月 \_\_\_\_日)

出生場所 \_\_\_\_\_ 退院は出生より \_\_\_\_日目

出生体重 \_\_\_\_g 出生身長 \_\_\_\_cm 出生頭囲 \_\_\_\_cm 出生胸囲 \_\_\_\_cm

仮死 なし あり 新生児マススクリーニング 正常 異常

アプガスコア \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(※母子手帳の出生の記録のページに記載のある場合は、ご記入をお願いいたします。)

黄疸 なし あり (治療: 光線療法 交換輸血) 酸素吸入 あり なし

体重増加不良 嘔吐 筋緊張低下 呼吸障害 高熱 けいれん

その他 \_\_\_\_\_

**\*既往歴についてお知らせください—今までに大きな病気や怪我をしたことがありますか？**

- 熱性けいれん   けいれん   てんかん   髄膜炎   脳炎  
肺炎・気管支炎   中耳炎   骨折   頭部外傷   頭部打撲  
その他 \_\_\_\_\_

**\*アレルギーについてお知らせください**

- 食物アレルギー   なし   あり ( \_\_\_\_\_ )  
 薬剤アレルギー   なし   あり ( \_\_\_\_\_ )  
 その他アレルギー なし   あり ( \_\_\_\_\_ )

**\*他院や他施設での療育・リハビリ歴についてお知らせください**

	場所（施設名）	内容
～ 歳		
～ 歳		

**\*今までの通院・入院・手術歴についてお知らせください**

病名・手術名・診察内容	年齢	△△病院〇〇科

**\*現在使用している薬についてお知らせください**

（最新のお薬処方箋のコピーなどでも構いません）

なし   あり→「あり」とお答えになった方は、以下に記入下さい

内服薬名	一日量	回/日	内服時間	気をつけていることなど
例) テパケン	300mg	2回	8時・19時	食後、他の散剤と混ぜて

**\*けいれん発作についてお知らせください**

あり   なし   以前あった ( \_\_\_\_\_ 歳頃)

**\*医療的ケアがあればお知らせください**

- 注入（口腔ネラトン・経鼻胃管・胃ろう・腸ろう）   吸引   酸素  
気管切開   人工呼吸器   その他 \_\_\_\_\_

**\*発育・発達についてお知らせください (〇ヶ月または〇歳〇ヶ月とお書きください)**

首のすわり( ) 寝返り ( ) お座り ( )

ハイハイ ( ) つかまり立ち( ) つたい歩き( )

一人歩き ( ) あやすと笑う( ) 人見知り ( )

バイバイ ( ) 指さし ( ) 動作模倣 ( )

意味のない言葉 (喃語) ( ) 単語 ( )

二語文( )

三語文( )

出来ていたことが出来なくなったことがありますか? あり なし

例) 〇歳頃～をきっかけに～ができなくなった

① **運動** ほとんど動けない 寝返る 座われる ハイハイできる

歩ける 走れる 階段を登れる ジャンプできる

片足立ちができる 片足ケンケンができる

スキップができる ボールを蹴れる ブランコを漕げる

三輪車に乗れる 自転車に乗れる

はめたり組み立てる玩具で遊べる 鉛筆やクレヨンを使える

利き手について (右 左 まだ決まっていない)

② **言葉の理解** 言葉の理解は難しい 簡単な声かけは理解している

日常の指示は理解できている 会話のほとんどを理解している

理解しているのかわからない

③ **お話・表現** 声や表情で表現する 指さしや動作で要求する

パッパ、マンマなどの発声あり 単語を話す 2語文を話す

3語文以上を話す 自由に会話をする

**\*日常生活についてお知らせください**

① **食事方法** 手づかみ スプーン フォーク 補助箸

**食事内容** 離乳食 (初期・中期・後期)

普通 軟らかい食事 きざみ ペースト・ミキサー

**食事介助** 一人で食べる 一部手伝う 全面的に手伝う

② **更衣** 一人でできる 一部手伝う 全面的に手伝う

脱衣ができる 着衣ができる ボタンができる 靴が履ける

③ **排泄** 一人でできる 一部手伝う 全面的に手伝う

尿を事前に教える 便を事前に教える おむつ要 おむつ不要

④ **入浴** 一人でできる 一部手伝う 全面的に手伝う

⑤ **睡眠** 良好 寝つきが悪い 途中で起きる 寝起きが悪い

その他 \_\_\_\_\_

睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時

**\*お子様の様子についてお知らせください**

**① 好き・嫌い、得意・不得意なことについてお知らせください**

好き・得意なこと \_\_\_\_\_

嫌い・苦手なこと \_\_\_\_\_

**② 性格についてお知らせください**

\_\_\_\_\_

**③ 感覚過敏があればお知らせください**

音への過敏（例：掃除機の音が苦手、ざわざわした音が苦手）

（苦手な音： \_\_\_\_\_）

触覚過敏（例：新しい服、服のタグ、糊が手につくことが苦手）

（苦手なもの： \_\_\_\_\_）

味覚過敏（例：極端な偏食、歯磨きが苦手）

（嫌い・苦手なもの \_\_\_\_\_ 好きなもの \_\_\_\_\_）

臭いの過敏（例：トイレなど特定のにおいが苦手）

（ \_\_\_\_\_ ）

**④ 幼稚園・保育園での様子をお知らせください（入園されている方のみ）**

運動会などの集団行動ができた 集団行動ができない

友達とよく遊んだ 一人遊びが多い

担当保育士から何か問題を指摘されたことがある方はご記入ください。

その内容 \_\_\_\_\_

**⑤ 学童期のお子様の様子をお知らせください（小学生以上の方のみ）**

同年齢のお友達がいる いない

異年齢のお友達がいる いない

いじめにあった経験がある ない

登校しぶり・不登校の時期がある ない

朝の支度が自分でできる 促せばできる 半分手伝う 全介助

ひらがな・カタカナの読み書きが出来る できない ひらがなのみ

算数の文章問題が出来る できない

算数の計算問題が出来る できない

主人公の気持ちを考えて作文が書ける 書けない

担任から何か問題を指摘されたことがあればご記入ください。

その内容 \_\_\_\_\_

**\*行動についてお知らせください**

視線が合いづらい

他の子供に興味がない（一緒に遊べない）

人よりも物のほうに関心がある

名前を呼んでも振り向かない

見せたいものを持ってこない

- 指さしで興味のあるものを伝えない
- 言葉の遅れがある
- オウム返しが目立つ
- 一方的に自分の言いたいことだけを言う
- 強いこだわりがある（いつものやり方、並べ方などに固執する）  
（こだわりの具体例： \_\_\_\_\_）
- 癩癩がある  
（癩癩を起こしやすい状況： \_\_\_\_\_）
- 道路標識やマーク、数字、文字などが大好き
- くるくる回るものを見るのが好き
- 音を立てるのが好き
- つま先で歩くことがある
- 状況や予定が急に変わると混乱する
- 場面の切り替えが悪い
- 思いどおりにならないとパニックになる・混乱する
- ひと時もじっとしてられず、落ち着きがない
- 衝動性があり、お友達を叩いてしまう
- 忘れ物が多い
- ごっこ遊びをしない
- 遊びに集中しすぎてやめられない

**\*予防接種歴についてお知らせください（母子手帳のコピー添付でも可）**

BCG		<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
ポリオ	初回①	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	初回②	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	初回③	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	追加	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
三種混合（DPT） <small>（ジフテリア・百日咳・破傷風）</small>	1 期初回①	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	1 期初回②	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	1 期初回③	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	1 期追加	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	2 期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
四種混合（DPT-IPV） <small>（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ）</small>	1 期初回①	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	1 期初回②	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	1 期初回③	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	1 期追加	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）
	2 期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月接種）

麻疹・風疹混合	1期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	2期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
麻疹	1期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	2期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
風疹	1期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	2期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
水痘	1回目	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	2回目	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
おたふくかぜ	1回目	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	2回目	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
日本脳炎	1期初回①	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	1期初回②	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	1期追加	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)
	2期	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月接種)

その他の予防接種等—お済のものにチェックしてください

- B型肝炎 ロタウイルス ヒブ 肺炎球菌  
ヒトパピローマウイルス インフルエンザ シナジス

**\*今までにかかった感染症**

麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> かかっていない <input type="checkbox"/> かかった ( 歳) <input type="checkbox"/> ワクチンは未接種だった <input type="checkbox"/> ワクチンは接種済だった ( 年 月接種)
風疹 (三日ばしか)	<input type="checkbox"/> かかっていない <input type="checkbox"/> かかった ( 歳) <input type="checkbox"/> ワクチンは未接種だった <input type="checkbox"/> ワクチンは接種済だった ( 年 月接種)
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> かかっていない <input type="checkbox"/> かかった ( 歳) <input type="checkbox"/> ワクチンは未接種だった <input type="checkbox"/> ワクチンは接種済だった ( 年 月接種)
水痘 (みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> かかっていない <input type="checkbox"/> かかった ( 歳) <input type="checkbox"/> ワクチンは未接種だった <input type="checkbox"/> ワクチンは接種済だった ( 年 月接種)

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。

やまだこどもクリニック