

新患問診票

ID	初診日	年	月	日	※クリニック記入欄
----	-----	---	---	---	-----------

※ この問診票は母子手帳等を参考にしていただき、不備のないよう全項目にご記入ください。  
 ※ 該当する項目に☑を入れ、空欄には必要事項をご記入ください。

記入日	年	月	日	記入者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )
フリガナ					生年月日 平成 年 月 日 ( 歳)
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所	〒				
自宅番号			携帯番号	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	
学校名	( ) 幼/保/小/中	担任の名前		先生 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	年	組			

■相談目的

①お子さんのどのような症状について心配されていますか？(※具体的に、詳しく)

②どのような治療をご希望ですか？

診断 服薬 カウンセリング 療育 その他( )

③お子さんについて「誰が」「いつ頃」から気になり始めましたか？

父 母 担任 その他( )  
 生後 歳 ヶ月頃から

④お子さんについて、記入者以外のご家族はどのように感じておられますか？

■今までの相談、通院歴(乳児健診・保健センター・児童相談所・病院など)

いつ頃	年齢	相談機関名	検査結果など	診断、薬、療育など
年 月	歳 ヶ月			
年 月	歳 ヶ月			
年 月	歳 ヶ月			

■当院をどのようにして知りましたか？

他の医療機関 市役所 保健所 児童相談所 その他( )

■ご両親についてご記入ください。(※実際に血縁関係のある方を漏れのないようお書きください)

両親の名前	父 :	母 :
生年月日	昭/平 年 月 日( 歳)	昭/平 年 月 日( 歳)
最終学歴		
職業 ※具体的に		
身長	cm	cm
幼児期の多動傾向	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> わからない

■同居のご家族について年齢順にすべてご記入ください(※お子さま本人は除く)

名前	年齢	性別	続柄	生年月日	健康状態	備考
1				昭/平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
2				昭/平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
3				昭/平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
4				昭/平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
5				昭/平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	

■祖父母の健康状態についてご記入ください。

続柄	健康状態
父方祖父	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気( ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明
父方祖母	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気( ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明
母方祖父	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気( ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明
母方祖母	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気( ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明

■ご家族や血縁関係の方に以下の病気の方がみえましたらご記入ください

※先天性心疾患、甲状腺の病気、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、統合失調症、発達障害、自閉症、チック、てんかん、不登校、不安症、パニック障がい、不眠症など

続柄	病名	期間
(父方/母方)		昭/平 年 月~
(父方/母方)		昭/平 年 月~
(父方/母方)		昭/平 年 月~

■ご家族や血縁関係の方に、今回受診されるお子さまによく似た特徴の方はいらっしゃいますか？

いいえ はい → だれが( ) 特徴( )

■お子さまの妊娠、出産の様子についてご記入ください。

①妊娠中に何か問題はありましたか？

なし 風疹 はしか ヘルペス インフルエンザ 糖尿病 むくみ 蛋白尿 貧血 切迫流産  
妊娠高血圧症 栄養不足 外傷 その他( )

②出生時の様子について

出産方法	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 難産 その他( )		
妊娠期間	週 日	アプガースコア	点
体重	g	身長	cm
頭囲	cm	胸囲	cm
病院名			
住所			

③新生児期(産婦人科に入院中)に何か問題はありましたか？

いいえ 新生児仮死 産まれてすぐに泣かない 黄疸 発熱 呼吸の異常 けいれん 髄膜炎  
ミルクの飲みが悪い ミルクをもどす 体重が増えない その他( )



7	音がしても知らんぷりをしていた	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	おとなしくて手がかからない子だった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	他人の介入を嫌がり一人のときのほうが機嫌がよかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	抱きにくく抱かれにくい子だった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	”オツムテンテン”などの真似をしなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	おもちゃへの興味が少なかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	睡眠が不規則だった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	かんの強い子だった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	喃語が少なかった(「えっえっ」「あうー」など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※1歳から3歳くらいのころの様子についてご記入ください。

1	視線を合わせない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	ひとりで遊ぶのを苦にしない、むしろ好き	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	人見知りをしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	うれしいときでも親に言ったり見せたりしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	後追いをしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	よく迷子になる、あるいは、なりそうになる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	迷子になっても泣かない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	同年代の子ども達の所へ寄っていかない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	友達を作ったり遊んだりしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	ほめられてもあまり喜ばないことが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	周りの人への気づきがなくマイペースに行動する	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	声をかけても振り向かない、周囲への関心がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	場面にそぐわない会話をする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	欲しいものを指さして要求しない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	欲しいものを親の手をとって親にとらせる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	オウム返しがある(「いくつ?」→「いくつ」など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	同じ言葉を何回も繰り返す	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	大人の動作のまねをしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
19	TVの人物やキャラクターの動作のまねをしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	ままごと(食べる、料理、大人の役を演じる)をしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	自分の遊びに介入されると嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
22	同じ動作や道順などにこだわる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
23	同じ動作を繰り返す癖(手をヒラヒラさせる、クルクル回るなど)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	物の一部(車のタイヤなど)やマークに関心がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
25	とても嫌いな音があり、耳をふさぐ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
26	突然の大きな音にも平気である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
27	くすぐると過剰に喜ぶ、すごく嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
28	感触を確かめたり臭いをかく癖がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
29	食べられないもの(木やゴミなど)をなめたり口に入れたりする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
30	痛みや寒さに鈍感、あるいはとても敏感である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
31	母乳、ミルクや離乳食を嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
32	食物の好き嫌いがひどく、食べられるものの種類が少ない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

33	嫌な事があっても甘えてこない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
34	声が単調、かん高い、奇声をあげる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
35	部屋の配列やおもちゃの並べ方を変えると嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
36	自分の手をかんだり、頭を打ったりする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
37	嫌なことがあるとひっくり返って大泣きする(パニック状態)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
38	出ていた言葉が消えたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
39	他の子より優れた能力(数、文字、記憶、音楽など)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
40	昼寝などの睡眠が不規則、寝つきが悪い、夜中に起きる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
41	つま先歩きをしていたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
42	粘土遊び、砂遊び、のりなどを嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
43	髪の毛を切ることを嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
44	爪を切ることを嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
45	特定の感触のする服を着たがらない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
46	くつ下や上ぐつなどを履きたがらない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
47	服のタグを嫌がる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
48	けがや倒れたりしても泣かないことが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
49	臭いにとっても敏感	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
50	味の変化にとっても敏感	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※現在のお子様の様子についてご記入ください。

■言葉についてご記入ください

現在言える言葉はいつですか	<input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/> 一語文程度 <input type="checkbox"/> 10語以下 <input type="checkbox"/> 100語以下 <input type="checkbox"/> 100語以上
発音はどうか	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常がある <input type="checkbox"/> 吃音(どもり) <input type="checkbox"/> その他( )

■聴力についてご記入ください。

耳の聞こえについて	<input type="checkbox"/> よく聞こえている <input type="checkbox"/> 少し聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> その他( )
今までに聴力検査を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
中耳炎にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない

■視力についてご記入ください。

視力は正常ですか	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見えにくいように思う <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> その他( )
視力測定をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい → 右( )左( ) <input type="checkbox"/> いいえ
斜視がありますか	<input type="checkbox"/> はい( 右・左 ) <input type="checkbox"/> 手術した( 右・左 ) <input type="checkbox"/> いいえ
視線は合いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々合う <input type="checkbox"/> 合わない

■生活習慣についてご記入ください。

衣服	<input type="checkbox"/> 脱げない <input type="checkbox"/> 着られない <input type="checkbox"/> ボタンがはめられない <input type="checkbox"/> 自立
食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自立
排泄	<input type="checkbox"/> オムツをしている <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自立
入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自立
睡眠	<input type="checkbox"/> 入眠時に騒ぐ <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 寝ぼける <input type="checkbox"/> 問題なし
危険について	<input type="checkbox"/> 全くわからない <input type="checkbox"/> 特定の物や場所ならわかる <input type="checkbox"/> 大体わかる

■生活リズムについてご記入ください。

起床	朝食	登園/登校	帰宅	宿題	夕食	就寝
時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分

■食事についてご記入ください。

偏食	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
好きな食べ物		嫌いな食べ物	
食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い		
かかる時間	<input type="checkbox"/> 短い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 長い( 分位)		
食べ方	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン、フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 介助		

■性格、交友関係についてご記入ください。

性格	<input type="checkbox"/> 人とよく遊ぶ <input type="checkbox"/> ひとりが好き <input type="checkbox"/> 注意深い <input type="checkbox"/> 注意が移りやすい <input type="checkbox"/> 根気が続く <input type="checkbox"/> 飽きやすい <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 乱暴 <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 聞き分けが悪い
好きな本や遊び	
交友関係	<input type="checkbox"/> 積極的に関わる <input type="checkbox"/> 自分から関われない <input type="checkbox"/> 誰にでも近寄って行く <input type="checkbox"/> 1対1を好み <input type="checkbox"/> 年上を好む <input type="checkbox"/> 年下を好む <input type="checkbox"/> 他人に興味がない

※小学生以上のお子様は次の質問にもお答えください

■学習面・運動面についてご記入ください。

読み	<input type="checkbox"/> 文字(平仮名・漢字)が読めない <input type="checkbox"/> 文章が読めない
書字	<input type="checkbox"/> 平仮名が書けない <input type="checkbox"/> 漢字が書けない <input type="checkbox"/> 鏡文字を書く <input type="checkbox"/> 文字が乱雑
作文	<input type="checkbox"/> 助詞を間違える <input type="checkbox"/> パターン化した文章 <input type="checkbox"/> 長文が苦手
算数	<input type="checkbox"/> 数の意味が分からない <input type="checkbox"/> 数えられない <input type="checkbox"/> 九九ができない <input type="checkbox"/> 計算が苦手 <input type="checkbox"/> 図形が苦手
音楽	<input type="checkbox"/> リズムが取れない <input type="checkbox"/> 音感が悪い <input type="checkbox"/> 歌えない
図画工作	<input type="checkbox"/> 色彩感覚が乏しい <input type="checkbox"/> 創造性が乏しい <input type="checkbox"/> 絵が描けない

■運動面についてご記入ください。

自転車に補助輪なしで乗れない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
縄跳びができない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
ブランコの立ち乗りができない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
落ち着きがない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
動作がのろい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
走るのが遅い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
転びやすい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
手先が不器用	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
物事を順序立てて話せない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない