

これは幼児期（0歳～満6歳）用です。

令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	T・S	年 月 日
お名前				H・R	(歳 ヶ月)
住所	〒				
ご連絡先	固定：	—	—		
	携帯：	—	—		
ご家族構成	続柄	氏名（フリガナ）	生年月日	勤務先、所属（幼稚園、保育園、小学校） 学年、所属学級もご記入ください	
これまで かかった 精神科 心療内科	病院名		期間		
	①				
	②				
	③				
	④				
⑤					
紹介された 場所・人					
ご心配なこと 相談したいこと					
出生状況	産まれるまで 週 日	出生時の体重	g		
	分娩 正常・帝王切開 ()				
	周産期特記事項	無・有 ()			
	新生児聴覚検査 (スクリーニング)	実施→異常（無・有）・未実施 異常有の方：精密検査の結果を教えてください。 ()			
乳児期	首が座った ヶ月	支え無しで1人で座れた ヶ月			
	ハイハイをした ヶ月	歩き始めた ヶ月			
	意味のある言葉（ワンワンなど）を話した ヶ月				
	指さし（犬を指さして「ワンワン」など） ヶ月				
	二語文： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	目線が <input type="checkbox"/> 合った <input type="checkbox"/> 合わなかった			
	市町村の健診等で指摘： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	乳児期の成長において気になったことが： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				

保育園・幼稚園などに通われていますか？

いいえ

はい→園のお名前と通われていた期間をご記入ください。

年齢	園の名前	期間

発達の相談や、療育機関には通われていますか？

いいえ

はい→機関のお名前と通われている期間をご記入ください。

機関の名前	期間

幼稚園や保育園、集団での様子を教えてください。

1. 遊びに関して教えてください。

1人で遊んでいる 友達と遊んでいる 大人と遊んでいる

外で遊んでいる 内で遊んでいる

2. 行事など、初めての場面や、慣れない場所での様子を教えてください。

特に問題なし 参加していたが普段と様子が違う 参加できない

3. 行動などについて教えてください。

人見知り：ある あるが気になるほどではない 全くない

集団の中に入っていけない

場所見知り：ある あるが気になるほどではない 全くない

癩癩：ある あるが気になるほどではない 全くない

気持ちの切り替え：すんなりできる できるが時間がかかる できない

共感性：ある あるがあまり得意ではない ない

落ち着き：落ち着いて過ごせている 落ち着きがない

一斉指示：理解できる 理解できるが得意ではない 理解できない

順番：守れている 指摘で守れる 守れない

こだわり：ある あるが気になるほどではない 特にない

自分だけのルール：ある ない

スケジュールの変更：すんなりできる できるが時間がかかる できない

興味関心の偏り：ある あるが気になるほどではない ない

自傷行為：ある ない

行き渋り（過去も含む）：ある ない

その他・その他もあり

4. 運動や感覚について教えてください

極端に不器用である 運動があまり上手ではない

感覚が過敏である 例：周囲の音に敏感、服のタグを気にする

保育園や幼稚園などで何か指摘されたことが：ある なし

幼児期

お家での様子	お家での様子について教えてください。		
	1. 普段の生活について教えてください。 睡眠： ～ 時（ 時間） <input type="checkbox"/> 日によってばらつきが大きい <input type="checkbox"/> 一度眠ればぐっすり眠れる <input type="checkbox"/> 途中で目が覚めている <input type="checkbox"/> 目覚めが悪い 食事：食欲について <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 三食しっかりと食べられている <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 日によってばらつきがある <input type="checkbox"/> その他 好みについて <input type="checkbox"/> 食事にかたよりがあがる。 <input type="checkbox"/> 新しい食材も食べられる 排泄： <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 腹痛がある 身支度： <input type="checkbox"/> 自分でできている <input type="checkbox"/> 手伝いが必要 歯磨き： <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> 嫌がる 入浴： <input type="checkbox"/> 入れている <input type="checkbox"/> 嫌がる 片付け： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一緒にならできる <input type="checkbox"/> できない 他者からの干渉： <input type="checkbox"/> 嫌う <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> まったく気にしていない <input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> 場に合わない行動がある。		
その他	1. ご家族様で精神科に通院歴がある方がいれば教えてください。		
	続柄	病院名	期間
	2. これまでにかかった大きな病気、手術の経験を教えてください。		
	病名	期間	
	手術の目的	時期	
3. アレルギーがあれば教えてください。			
4. けいれん、てんかん発作の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> はい→（いつ頃ですか？： ） （お薬を飲んでいれば教えてください。： ） <input type="checkbox"/> いいえ			
5. 以下のもので利用されているものがあればチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（精神・療育・身体）： 級 →交付年月日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 障害年金： 級 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証			