

予診に来院された際に窓口に提出してください。

これは幼児期（小学校入学前まで）用です。

年 月 日（ ）

フリガナ		生年月日	H・R	年	月	日
お名前			(歳 ヶ月)			

今お困りのことにチェックをしてください。

- 家庭の悩み 集団行動についていけない 人間関係 コミュニケーションについて
 自分の思いを言葉で伝えられない 睡眠 怖い夢を見るという
 食欲 緊張 集中できない 意欲がわからない イライラする
 高いところや、危ないことをしたがる
 課題の取り組みに波がある 落ち着きがない 癩癩が強い 気持ちの切り替えが苦手
 死にたい・消えてしまいたい 就学に向けての悩み 発達について
 その他 ()

これまで かかった 精神科 心療内科	病院名	期間
	①	
	②	
	③	

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
	二語文	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった	指さし		<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
	目線	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> 他者からの促しで注意を向けられる		
	市町村の健診等での指摘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	乳児期の成長において気になること <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					

幼稚園等に通われていれば教えてください。

園のお名前	年齢	期間

何か利用・相談されているサービス等ありましたら教えてください。

サービス・施設名	年齢	利用頻度

障がい者手帳をお持ちでしたら、その等級、交付年月日を教えてください。

障がい者手帳(精神・療育・身体)： 級 交付年月日： 年 月 日

予診に来院された際に窓口に提出してください。

普段の様子などを教えてください。 あてはまれば○。あてはまらなければ×。どちらとも言えないなら△をつけてください。			
人見知りがある		走り方などに違和感がある	
場所見知りがある		道具を使った運動ができる	
癩癩がある		手先が器用である	
気持ちの切り替えができる		感覚的に過敏なところがある	
共感性がある		集団行動がとれる	
言葉を字義通りに受けしてしまう		課題への取り組みに波がある	
落ち着きがある		席を立てってしまう事がある	
一斉指示を理解できる		場に合わない言動が見られる	
順番を守れる		通っている場所から指摘がある	
こだわりがある			
自分だけのルールがある			
急な予定の変更ができる			
興味関心の偏りがある			
他者からの干渉を嫌う			
自傷行為がある			
遊びについて伺います。あてはまるものにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 大人と遊んでいる <input type="checkbox"/> 友達と遊んでいる <input type="checkbox"/> 1人で遊んでいる <input type="checkbox"/> 外で遊ぶ方が好き <input type="checkbox"/> 内で遊ぶ方が好き			
園でどのような遊びをしていますか？			
行事などに参加しているときの様子を教えてください。			
現在の生活についてお伺いします。			
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 <input type="checkbox"/> 怖い夢を見たと言う			
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"/> 食事にかたよりのある。 <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 <input type="checkbox"/> 洋服にこだわりがある			
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"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない			

予診に来院された際に窓口に提出してください。

趣味や特技、好きなこと、家で暇な時によくやる遊びなどを教えてください。

習い事などをしていれば教えてください。

本人様の性格について教えてください。

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

これまでに大きな病気、手術などの経験があれば教えてください。

病名	期間	治療方法（手術等）

アレルギーがあれば教えてください。

けいれん、てんかん発作の経験があれば教えてください。

はい→（いつ頃ですか？）

（飲まれているお薬があれば教えてください。）

いいえ

身近に相談できる人がいますか？（家族、友人、学校、職場、利用中のサービス等）

はい いいえ