

大阪医科薬科大学 LD センター 幼児問診票

診察・面談時にも詳しくお話をうかがいますが、各質問にできるだけ詳しく、余白を自由に使ってお書き下さい。もちろん、文章で伝えにくいことなどは診察・面談時にお話いただければ結構です。

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(フリガナ _____)

氏名： _____ (男・女) 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

〒 _____ 住所 _____

電話： _____ FAX： _____

その他の連絡先 (携帯・職場など) 連絡先名 _____ 電話 _____

所属幼稚園・保育所・通園施設名： _____

家族構成： _____

☆受診希望された理由 (○をつけてください)

1. ことば：ことばが遅い・一方的に話す・言われたことが理解できない・聞き取りにくい
2. 行 動：落ち着きがない・集中力がない・友達とトラブルになりやすい・友達の輪に入れない
3. その他：具体的に _____

☆親戚・家族の方で同じような症状の方がおられますか？ (いる： _____ ・ いない)

1. 発達について

(1) 1歳半検診 (受けていない・異常なし・あり)

ありの場合何が問題となりましたか？ _____

(2) 3歳半検診 (受けていない・異常なし・あり)

ありの場合何が問題となりましたか？ _____

(3) 左利きですか？ (左利き・両方使う・元々は左利き・とっさに左手がでる)

(4) 次の項目ができるようになったのはいつ頃 (何歳何ヶ月) ですか？

・視線を合わせる _____ ・あやすと笑う _____

・首がしっかりすわる _____ ・一人でおすわりが出来る _____

・一人で手を離して歩く _____ ・人見知りをする _____

・意味のある単語を話す (マンマなど) _____

・絵本を見て指差しをする _____

・2語文 (「パパ カイシャ」など) _____

(5) 2歳頃まではどんなお子さんでしたか？ (当てはまる項目に○をつけてください)

・抱っこしていても抱きにくかった _____ ・不器用な子だった _____

・おとなしい子だった _____ ・やんちゃだった _____

・バランス (平衡感覚) が悪い子だった _____

・なかなか寝つかない・眠りが浅い・すぐ起きる _____

(6) いままでに「けいれん」や「てんかん発作」をおこしたことがありますか？

ない・ある： 年 月ごろから 回ぐらい

(7) 現在服用している薬はありますか？ (ある・ない)

ありの場合何の薬ですか？ 薬名： _____

2. これまでに受けられた検査について

- ・ いままでこの事で相談された病院や機関は？ _____
- ・ 今までに診断を受けられたことはありますか？ (ある・ない)
ありの場合どこで何と言われましたか？施設・医師名 _____ 診断名 _____
- ・ 発達検査を受けられたことはありますか？ (ある・ない)
ありの場合いつ何という検査ですか？ _____ 年 月頃、検査名 _____ 結果 _____
(結果のコピーをお持ちの場合は、問診表と一緒に送ってください)
- ・ 以下の医学検査を受けられたことはありますか？
 - 脳波・ (結果は正常・異常あり・不明)
 - 聴覚検査・ ABR . . . (結果は正常・異常あり・不明)
 - 視覚検査 (結果は正常・異常あり・不明)
 - CT・MRI (結果は正常・異常あり・不明)
 - 染色体検査 (結果は正常・異常あり・不明)
- ・ 今後医学的な検査をご希望ですか？ (はい・いいえ・どちらでもない)
- ・ 以下の手帳はお持ちですか？ (持っていない・療育手帳・精神障害者福祉手帳・身体障害者手帳)

3. 妊娠中・出生後について

- (1) 生まれたときの体重 _____ g (2) 在胎週数 _____ 週 (3) 分娩は？ (普通・吸引・帝王切開)
- (4) 妊娠中、発熱や緊張したり、イライラしたりすることはありましたか？
(なし・あり _____)
- (5) 出生後の問題は？
(なし・すぐに泣かなかった・保育器に入った・黄疸の治療を受けた・その他 _____)

4. 地域での相談・療育について

- ・ 地域の保健センター・保健所・療育施設などで、相談・診察・療育などを行っていますか？
(していない・している 施設名： _____)
- 「している」とお答えの場合、どのような内容ですか？
 - ・ 面談・診察 頻度： _____
 - ・ 親子教室 頻度： _____
 - ・ 療育 内容：理学療法(PT)・作業療法(OT)・言語療法(ST)・プレイセラピー・その他 _____
頻度： _____

5. 大阪医科大学附属病院またはLDセンターでご希望されていること

- ・ ご希望の内容に、○をつけてください (複数回答可)
 - 診察・診断 医学検査(脳波・MRI・血液検査、など) 知能検査・発達検査 投薬
 - 言語・コミュニケーションの評価・訓練 視機能の評価・訓練 姿勢・手先の操作の評価・訓練
 - 対応方法などの相談 その他： _____

6. 事前に言っておきたいこと・質問などがあればお書きください。
