

# 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、余白を自由に使うとお書き下さい。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)

- 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
- 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
- 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「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・知能検査を受けられたことはありますか？ (ない・1年以上前に実施・1年以内に実施)  
ある場合：実施検査 (新版 K 式・WPPSI-Ⅲ・WISC-Ⅳ・WISC-V・その他 \_\_\_\_\_)  
検査日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 (結果のコピーを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。

---

---