発達相談　初診問診票　　お名前（　　）　年齢　　歳　ヶ月

以下の質問にお答えください。わからないところは空白でも構いません。

1　出産のことについてお尋ねします。
週数（　　週　　日）　出生体重　（　　）g　　新生児仮死　　あった・なかった
黄疸の治療　　した・していない
その他出産時のトラブルはありましたか？　（　　）

2　運動発達についてお尋ねします。 まだできていない場合は×をつけてください。
首のすわり　（　　）ヶ月
寝返り　　（　　）ヶ月
お座り（手をつかないで一人で安定して座れる）　　（　　）ヶ月
ハイハイ（ずりばい、たかばいどちらでも OK）　　（　　）ヶ月
つかまり立ち　　（　　）ヶ月　　伝い歩き　　（　　）ヶ月
一人歩き　　（　　）ヶ月
歩行について気になることはありますか？　　転びやすい　　O 脚　　その他（　　）

3　言葉の発達についてお尋ねします。
現在言葉は出ていますか？　　出ていない・単語３個程度・単語４個以上・２語文・3 語文
発語がほとんどない方にお尋ねします。言葉の理解はありますか？　　ある・ない
簡単な指示が通りますか？（～持ってきて、ぽいして、など）　　通る・通らない
言葉が２語文以上出ている方にお尋ねします。発音は気になりますか？　　気になる・気にならない

4　そのほかに気になることはありますか？

よだれが多い　　夜泣きがひどい　　好き嫌いが多い、同じ食べ物しか食べない　　人見知りが強い
手先が不器用　　集団行動が難しい　　落ち着きがない　　急に走ったり、飛び出したりすることがある
独り言が多い　　一人で遊んでいることが多い　　吃音（どもり）
その他（　　）

5　今までに健診で異常を指摘されたり、フォローをうけたりしたことがありますか？ある場合には時期、内容を教えてください。
（　　）健診の時　　内容（　　）

6　今までに医療機関にて受診、相談をしたことがある、すでに療育に通園されている、発達テストを受けたことがある場合には以下に内容を記入してください。
（　　）
（　　）

＊ご記入ありがとうございました。　　たかおベビー・キッズクリニック