

# 神奈川歯科大学附属病院 「ことばのきょうしつ」 問診票

実施日

○以下の質問は評価・訓練を行う上で重要なものです。質問をよくお読みになってご記入ください。

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	平成 令和 年 月 日 ( 歳 か月)	
住所		
電話番号	( ) -	

○本日はどのような経緯で当院を受診されましたか？

○本日も相談されたい内容について教えてください。

- 発音
- ことばが遅い
- 耳のきこえが心配
- 吃音
- 会話ができない
- 落ち着きがない
- 集団行動が苦手
- 食べ方に関すること
- その他( )

○これまでの発達について教えてください

在胎週数： 週 日 生下時体重： g  
妊娠中/出産時のトラブル（あり・なし） ※あり【 】  
新生児聴覚スクリーニング検査（問題あり・問題なし） \*「あり」： 右・左  
首のすわり： か月 寝返り か月 おすわり： か月  
ハイハイ： か月 歩きはじめ： か月 人見知り：あり（ か月頃）・なし

○ことばの発達について教えてください。

始語： 歳 か月（初めて出たことば： \_\_\_\_\_）  
2語文： 歳 か月（2語文の具体例： \_\_\_\_\_）  
3語文： 歳 か月（3語文の具体例： \_\_\_\_\_）

○これまでの検診/健診で指摘を受けたことがありますか。

1歳6か月児健診	なし・あり（運動 体重 言葉 行動 その他）
3歳児健診	なし・あり（運動 体重 言葉 行動 その他）
就学前相談	なし・あり（運動 体重 言葉 行動 その他）

次のページに進んでください↓

# 神奈川歯科大学附属病院 「ことばのきょうしつ」 問診票

○これまでに発達について他院や保健センターなどに相談されたことがある方はご記入下さい。

相談した医院や機関名	相談した時期	相談内容・結果・診断されたことなど
	歳  か月	
	歳  か月	

○療育センター・民間の機関などで、訓練・トレーニングを受けたことがある方はご記入下さい。

施設や機関名	期間	指導内容（個別・集団）
	歳  か月～ 歳  か月	
	歳  か月～ 歳  か月	

○これまでに発達の検査を受けたことがある方はご記入下さい。

※検査結果をお持ちでしたら、当日ご持参下さい。

検査を受けた機関名	検査時期	検査名（新版K式、田中ビネーなど）・結果
	歳  か月	
	歳  か月	

○現病歴、既往歴について教えてください。

○診断書や手帳をお持ちの場合は教えてください。

○現在服用されているお薬について教えてください。

○現在も含めた、これまでの保育・教育歴についてお書きください。

（ ） 保育園・幼稚園（ 歳～ 歳）

（ ） 小学校（通常・支援級・通級）（ ） 特別支援学校

○家族構成について教えてください

氏名	年齢	続柄	職場・学校・園名	帰宅時間	休日（曜日/不定休）

○その他、お子様について気になることがあれば、ご自由にお書きください。