



チルドレンクリニック 心理・発達相談 問診票

記入者氏名： 続柄： 記入年月日 年 月 日

お子さんの氏名：「 」	性別： 男 ・ 女
生年月日：西暦 年 月 日	年齢： 歳
所属先（幼稚・保育園、小学校など）：「 」	学年：

☆ 相談内容（困っていること、心配なことなど）

（例：登校前になると腹痛を訴える。対人関係が絶えない。言葉の遅れを指摘された…など）

☆ 家族構成

氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校	備考
	父	・ ・		
	母	・ ・		
	兄・姉・弟・妹	・ ・		
	兄・姉・弟・妹	・ ・		
		・ ・		
		・ ・		

☆ お子さんの0～1歳までの様子（当てはまる項目に○をつけてください）

① 人のいる方向や明るい方向に顔を向けない	はい ・ いいえ
② 母親を視線で追わなかった	はい ・ いいえ
③ 母親に笑顔を見せなかった	はい ・ いいえ
④ 人見知りが激しかった	はい ・ いいえ
⑤ 人見知りがほとんどなかった	はい ・ いいえ
⑥ おとなしく、手がかからない子だった	はい ・ いいえ
⑦ 部屋に1人でいても平気だった	はい ・ いいえ
⑧ 抱っこを嫌がった、または、抱きにくかった	はい ・ いいえ
⑨ 大人が手をふったりしても動きを真似しなかった	はい ・ いいえ
⑩ 大人があやしても反応が乏しかった（喜ばないなど）	はい ・ いいえ
⑪ 他人からの働きかけに興味をしめさなかった	はい ・ いいえ
⑫ 睡眠が不規則だった	はい ・ いいえ
⑬ かんしゃく、怒って泣くことが多かった	はい ・ いいえ
⑭ 「あう」、「あぶぶぶ」などの発語が少なかった	はい ・ いいえ
その頃、大きな病気にかかったことがある	はい ・ いいえ
どんな病気ですか 病名：「 」、 入院経験 ある・ない	

☆ お子さんの1～3歳頃までの様子（当てはまる項目に○をつけてください）

① 親から平気で離れる	はい・いいえ
② 迷子になっても不安がったり、泣くことがない	はい・いいえ
③ 人と目を合わせることがない、合ってもすぐにそらす	はい・いいえ
④ 名前を呼んでも振り返らない、反応しない	はい・いいえ
⑤ 同年齢の子どもに比べて、言葉の遅れがある	はい・いいえ
⑥ 時々、奇妙なしぐさや動作をする（身体を回転させる、光に手をかざす、左右に身体を振るなど）	はい・いいえ
⑦ 常に動いてじっとしておらず、落ち着きがない	はい・いいえ
⑧ 高いところでも登ろうとする	はい・いいえ
⑨ こだわりが強かった	はい・いいえ
⑩ 興味関心ごとに没頭する	はい・いいえ
⑪ 同年齢の子どもに興味をしめさない、かかわろうとしない	はい・いいえ
⑫ 集団で行動する時に、みんなと同じようにできない	はい・いいえ
その頃、大きな病気にかかったことがある	はい・いいえ
どんな病気ですか 病名：「 _____ 」、入院経験 あり・ない	

☆ 1歳6ヶ月児健診で発達について指摘されたことはありますか？

はい・いいえ

「はい」と答えた方は、どんな指摘を受けましたか：

☆ 3歳児健診で発達について指摘されたことはありますか？

はい・いいえ

「はい」と答えた方は、どんな指摘を受けましたか：

☆ これまで他の医療機関や相談機関に相談されたことはございますか？

はい・いいえ

・どこで相談されましたか？ _____

・どんな相談をされましたか？ _____

・いつごろですか？ _____

☆ 3歳頃～ 保育園や幼稚園・学校生活の中で、問題はみられましたか？

保育園・幼稚園：

(例：かしかりができない、手が出てしまう、母親から離れられない、など)

小学校・低学年：

(例：みんなと同じことができない、登校渋り、場面の切り替えができない、ケンカがたえない、じっとしてられない、空気が読めない、など)

小学校・中学年：

小学校・高学年：

☆ ご両親からみた子どもさんについて教えてください。

お子さんの性格

お子さんの長所

お子さんの短所

ご記入いただきまして、ありがとうございました。



チルドレンクリニック