

## 【健診フォロー支援外来】初診問診票

本外来では、乳幼児健診で「発達について気になることがある」と指摘されたお子さんを対象に、多職種で現状や特性を評価し、「支援シート」を作成して療育など適切な支援につなぎます。

「診断」「投薬」「継続通院」は行わず一定期間で完結する、「評価」を目的とした外来です。

健診で指摘を受けたものの「まず何をすればいいのかわからない」となってしまうやすい時に、最初の窓口として気軽に受診していただけます。

適切な評価のためには、本人の成育歴や家族環境についてご家族からの詳しい情報が必要となります。長い問診となりご負担をかけて申し訳ありませんが、しっかりと支援につなげるため、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

※「診断」「投薬」「継続通院」については児童精神科外来で行っております

※WEBサイトに、本外来の詳細を掲載しておりますので予めご確認したうえでご来院下さい

※初診時に必要なものにつきまして、問診票の最後にチェックリストをご用意しておりますので、是非ご活用していただきますようよろしくお願い申し上げます

I 乳幼児健診や園から指摘された内容、保護者の方が気になっていることについて、ご記載ください。

(例：集団行動ができない。片付けができない。お友達と喧嘩が多い。好き嫌いが多すぎる。

癩癩が多い。落ち着きがない。指摘されたが保護者としては気になる部分は特にない。など)

II 園などの日常生活の場面で、先生方が気になっていることがある場合は、記載してもらってください。

※園の先生の記載欄となります

## Ⅲ 今までに発達検査（心理検査）を受けたことがある場合はご記載ください。

※心理検査結果をお持ちの場合はコピーして診察時にご持参下さい

年齢：	歳 カ月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		
年齢：	歳 カ月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		
年齢：	歳 カ月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		

## Ⅳ 身体的な基礎疾患や内服状況についてご記載ください

## ①基礎疾患について

視力の障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名：
聴力の障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名：
川崎病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名：
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名： 内容：
花粉症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名：
気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名：
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名：
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 病院名：
その他、身体的疾患の既往があればご記載ください		

## ②検査について

検査名	受検	病院名	年齢	結果
CT検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
脳波検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
MRI検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
視力検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
聴力検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
筋生検	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

## ③内服薬について

・現在内服中の薬があればご記載ください

--





## V 成長発達・健診歴について

①成長発達について（まだの場合は記載せずをお願いします。※記載例：1歳2か月→14か月）

- |          |           |         |           |
|----------|-----------|---------|-----------|
| ・あやし笑い   | (       ) | ・首の座り   | (       ) |
| ・お座り     | (       ) | ・ハイハイ   | (       ) |
| ・つかまり立ち  | (       ) | ・ひとり歩き  | (       ) |
| ・始語      | (       ) | ・二語文    | (       ) |
| ・おむつが取れる | (       ) | ・人見知り強い | (       ) |

②検診、相談について（受けた指導などがあればご記載ください）

1か月検診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	(       )
乳幼児検診（4か月）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	(       )
乳幼児検診（8か月）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	(       )
乳幼児検診（1歳半）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	(       )
乳幼児検診（3歳）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	(       )
その他発達相談	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	(       )

## VI 習い事・関係機関・制度について

①習い事をしていればご記載ください

歳	カ月～	歳	カ月	内容：	週に	回
歳	カ月～	歳	カ月	内容：	週に	回
歳	カ月～	歳	カ月	内容：	週に	回
歳	カ月～	歳	カ月	内容：	週に	回
歳	カ月～	歳	カ月	内容：	週に	回

②現時点で関わりがある機関があればチェックして機関名をご記載ください

- |                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 医療機関       | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> 児童福祉センター   | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> 児童相談所      | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> 児童療育センター   | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> カウンセリング    | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護       | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> 母児寮        | → (       ) |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ    | → (       ) |

③その他、相談や利用をしている機関や制度があればご記載ください

--

## Ⅶ 日々の生活の中でのお子さんの様子について、当てはまるものをチェックしてください

## ①健康・生活について

1. 排泄状況について	<input type="checkbox"/> ひとりで排泄することができる	<input type="checkbox"/> トイレに行きたいと予告することができる
	<input type="checkbox"/> トイレやおまるで排泄をすることができる	<input type="checkbox"/> 上記はまだどれもできない
2. ひとりでの歯磨きについて	<input type="checkbox"/> いつもできる	<input type="checkbox"/> たまにできることがある
	<input type="checkbox"/> まだ一人で歯磨きはできない	
3. 保護者による歯磨きの仕上げ磨きについて	<input type="checkbox"/> する必要はない	<input type="checkbox"/> たまにしている
	<input type="checkbox"/> 毎回仕上げ磨きをしている	
4. ひとりでの洗顔について	<input type="checkbox"/> いつもできる	<input type="checkbox"/> たまにできることがある
	<input type="checkbox"/> まだひとりで洗顔はできない	
5. 入浴時に体を洗うことについて	<input type="checkbox"/> いつもできる	<input type="checkbox"/> たまにできることがある
	<input type="checkbox"/> まだひとりで体を洗えない	
6. 入浴後に自分で体を拭くことについて	<input type="checkbox"/> いつもできる	<input type="checkbox"/> たまにできることがある
	<input type="checkbox"/> まだひとりで体を拭けない	
7. 着替えについて	<input type="checkbox"/> ひとりで着衣ができる <input type="checkbox"/> ボタンのかけ外しが正しくできる（スモック、シャツなど） <input type="checkbox"/> 下の固定されていないジッパーを開け閉めできる（ジャケット、スウェットなど） <input type="checkbox"/> 下の固定されたジッパーを開け閉めできる（ズボン、リュックサックなど） <input type="checkbox"/> 上着をひとりで脱ぐことができる <input type="checkbox"/> 靴を1人で履くことができる <input type="checkbox"/> ひとりでパンツを脱ぐことができる <input type="checkbox"/> パンツをはかせるときに両足を広げることができる <input type="checkbox"/> 上記の中でできることはまだない	
8. 食事について	<input type="checkbox"/> こぼさないで箸を使うことができる <input type="checkbox"/> 箸で食べることができる <input type="checkbox"/> 熱いものに注意することができる <input type="checkbox"/> ストローで飲むことができる <input type="checkbox"/> 自分の口もとをひとりで拭こうとする <input type="checkbox"/> お菓子のつつみ紙をとって食べるすることができる	
9. 自分の体調不良の訴えることについて	<input type="checkbox"/> いつもできる	<input type="checkbox"/> たまにできることがある
	<input type="checkbox"/> まだ体調不良を訴えることはできない	

10. 鼻をかんだり、咳やくしゃみの時に口もとを覆うことについて	
<input type="checkbox"/> いつもできる	<input type="checkbox"/> たまにできることがある
<input type="checkbox"/> まだ鼻をかんだり、咳やくしゃみの時に口もとを覆うことはできない	
11. テレビやスマートフォンの視聴時間について	
<input type="checkbox"/> ほとんど見ない	<input type="checkbox"/> たまに見るが長時間にはならない
<input type="checkbox"/> 毎日長時間観ている	
12. 寝る直前のテレビやスマートフォンの視聴について	
<input type="checkbox"/> ほとんど観ない	<input type="checkbox"/> たま観ることがある
<input type="checkbox"/> 毎日観ている	

## ②行動・感覚・感度について

13. 落ち着いてじっとしていることができる時間について	
<input type="checkbox"/> 30分以上	<input type="checkbox"/> 15分程度
<input type="checkbox"/> 5～10分程度	<input type="checkbox"/> 5分未満
14. 行動について	
<input type="checkbox"/> 注意しても全く聞かないことがある	
<input type="checkbox"/> すぐに気が散りやすく、集中できないことがある	
<input type="checkbox"/> カッとなったり、かんしゃくをおこしたりすることがある	
<input type="checkbox"/> 思いついたらやらずにいられない、といった感じの行動が目立つ	
<input type="checkbox"/> 上記の中で当てはまる行動はない	
15. 感覚・感度について	
<input type="checkbox"/> はじめての場所や人でも平気そうにしている	
<input type="checkbox"/> 自分流の決め事を作りやすく、こだわりの強さがある	
<input type="checkbox"/> とても好む感覚や遊びなどがある	
<input type="checkbox"/> 些細なことでとても不安がったり、怖がったりすることがある	
<input type="checkbox"/> 頭が痛い、おなか痛い、気持ち悪い、などをよく訴える	
<input type="checkbox"/> 上記の中で当てはまる行動はない	

## ③言語・コミュニケーションについて

16. 話す・聞くについて	
<input type="checkbox"/> はっきりした発音で話しができる	
<input type="checkbox"/> 力行やサ行など、一部発音が不明瞭なところがある	
<input type="checkbox"/> 家族以外（園の先生など）では何を話しているのか理解できないことがある	
<input type="checkbox"/> 聞き間違いや聞き返しが多い	
<input type="checkbox"/> 少し離れた場所から呼びかけると反応が無いことがある	
<input type="checkbox"/> 上記の中で当てはまるものはない	

## 17. コミュニケーションについて

- 言葉で自分の要求や気持ちを表し、うまく会話をすることができる
- 自分の気持ちや考えを言葉にすることが難しく、会話が成立しないことがある
- 大人びた話し方や言葉を使ったり、親に対しても丁寧な言葉を使ったりする
- 人が気にしていることを無頓着に言ってしまうことがある
- 会話をしている際に、ずれている（質問と異なる返しをする）ことがある
- 言葉の発達が少し遅いと感じたことがある
- 上記の中で当てはまるものはない

## ④人間関係・社会性について

## 17. 友達との関係について

- 特定の友達に好意を示すことができる
- 親にことわって友達の家に遊びに行くことができる
- ひとりでいるのが好きで、ひとりで遊ぶことが多い
- 同年齢の子どもと会話することができる
- 親から離れて遊ぶことができる
- 友達と手をつなぐことができる
- 上記の中で当てはまるものはない

## 18. 友達との距離感について

- 友達に対して無理な要求をしない
- 物を壊したり怪我をさせてくる人から遠ざかって自分の身を守ることができる
- 友達とけんかをするとう保護者に言いつけることができる
- 上記の中で当てはまるものはない

## 19. 友達との遊びについて

- 集団で遊んだり、行動したりすることができる
- 友達と協力しあう遊びができる（砂でひとつの山を作る、など）
- 偶然だけで決まる簡単なゲームをすることができる（じゃんけん、など）
- 外で身体を使った遊びをすることができる
- ままごとで役を演じることができる
- 上記の中で当てはまるものはない

## 20. 遊びのルールを理解について

- 簡単なゲームのルールを守って遊ぶことができる
- 友達と順番にものを使ったり、交代したりすることができる
- 他の人のものや他の人が使っているものを使う前には許可を求めることができる
- おもちゃや所有物を共有することができる
- 上記の中で当てはまるものはない

## 21. 指示の理解について

- 保育園や幼稚園でみんなに出した指示が理解できる
- 保護者へ園の先生などの指示がピンと来ていないことがある
- 指示やルールを理解に苦手さがみられる
- 上記の中で当てはまるものはない

## 22. まわりの人との関わりについて

- 他の人の好き嫌いを把握している
- 年下の子ども世話焼きたがる
- 困っている人に手助けをすることができる
- 何かを頼むときはお願い（○○してください）することができる
- 困難なことがあると助けを求めることができる
- 上記の中で当てはまるものはない

## 23. お手伝いについて

- 自分からすすんでよく他人を手伝う（親、先生、友達など）
- 簡単な手伝い（自分の使った食器を下げる、など）をすることができる
- 簡単なお願い（「新聞をもってきてね」など）を実行することができる
- 要求（「おいで」「ちょうだい」など）を理解することができる
- 上記の中で当てはまるものはない

## 24. 遊びや活動で使った場所を自分で片づけることについて

- いつもできる
- たまにできることがある
- まだひとりで体を洗えない

## 25. 信号を見て、正しく道を渡る（左右を確認する）ことについて

- いつもできる
- たまにできることがある
- まだ正しく渡ることが出来ない

その他、日々の生活の中でのお子さんの様子について気になる事があればご記載ください。

## 健診フォロー支援外来 付き添いの保護者の方の問診票

お子さんが「発達について気になることがある」と指摘された際、「どこまで心配したらいいのか分からない」と感じることがあります。適切な支援を目指す過程で、不安や負担が大きくなり、心身の不調をきたしてしまうことも少なくありません。一方で、お子さんのことを優先するあまり、保護者の方自身への支援が後回しになってしまうこともあります。

本外来では、お子さんの評価に加えて、保護者の方の状況も把握し、家族全体を視野に入れた支援につなげています。そのため、保護者の方も、以下のご記載をよろしくお願い申し上げます。

**※お手数ですが当日付き添っていただく保護者の方について、人数分ご記入をお願いいたします。**

お名前：

続柄： 父  母  その他（                      ）

**I 保護者の方自身について、現在の困っている症状があればご記載ください**

（不眠、イライラ、育児の悩み、生理前の体調不良、更年期障害、等なんでもご記載ください）

・現在通院されている心療内科・精神科の医療機関はありますか？

- 通院中の医療機関は無く、特に受診を検討するほど困ってもない
- 通院中の医療機関は無いが、受診を検討している段階である
- ある（医療機関：                      ）

**II 保護者の方自身について、既往歴があればご記載ください**

身体疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→
精神疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→

**III 保護者の方自身について、現在服薬されているお薬があればご記載ください**

なし

あり → 内容：

**IV 保護者の方自身について、幼少期・小中高大学・社会人・結婚後などのそれぞれの時期で何か特別に困っていたことがあった場合はご記載ください**

**V 保護者の方自身について、現在の日常生活についてご記載ください**

現在の職業			
食欲	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	睡眠時間      時から      時      （平均      時間程度）
飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	（1日あたりの飲酒量：                      ）
喫煙	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	（1日あたりの喫煙量：                      ）
趣味や気分転換の方法			

## 来院前のチェックリスト

健診フォロー支援外来の初診受診では、事前に準備や確認をしていただいて当日ご持参していただく必要があるものが多く、当日来院してから必要なものが足りないことが分かる場合がございます。

診療に影響が出ることもございますので、来院前には当チェックリストをご活用いただきますようお願い申し上げます。

- マイナ保険証または資格確認書
- 母子手帳
- 福祉受給者証（こども医療受給者証など 該当者のみ）
- 医療券（該当者のみ）
- 各種手帳（療育手帳、精神障害者福祉手帳など 該当者のみ）
- 健診フォロー支援外来初診問診票
- 紹介状（該当者のみ）
- 今までの検査結果（該当者のみ）

- WEBサイトで当外来についての詳細の確認

※「診断」「投薬」「継続通院」については児童精神科外来で行っております

※WEBサイトに本外来の詳細を掲載しておりますので予めご確認したうえでご来院下さい



トップページ



健診フォロー  
支援外来



よくある  
お問い合わせ

～各チェック項目をご確認の上でご来院ください～