

① 5 歳児発達診療 問診票

番号：

フリガナ 幼児氏名		性別	記入日	年 月 日
		男	記入者	父 ・ 母 ・ その他（ ）
		女	家族構成	
生年月日	年 月 日（5 歳 ャ月）			
お子さんの健康・発達状態を知るための質問です。当てはまる方に☑をつけてください。				
1	3 歳児健康診査で指摘を受けたことはありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
2	（「はい」と回答した場合）どのような指摘でしたか？	自由にご記入ください		
3	（「はい」と回答した場合）医療機関で精査や治療等をされましたか？	☐ はい 医療機関名： 内容： ☐ いいえ		
4	目のことで心配なことはありますか？	☐ はい（ ） ☐ いいえ		
5	ザワザワしたところで特に聞き返しが多いと感じたことはありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
6	発音が不明瞭だと感じることはありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
7	理由をつけて自分の要求や拒否を伝えられますか？	☐ はい ☐ いいえ		
8	前後・左右・上下の概念を理解している様子ですか？	☐ はい ☐ いいえ		
9	今日あった出来事が話せますか？	☐ はい ☐ いいえ ☐ 話すのがわかりにくい		
10	人見知り、場所見知りがひどいと感じますか？	☐ はい ☐ いいえ		
11	かわいそうな話を聞くと、悲しそうな顔になりますか？	☐ はい ☐ いいえ		
12	生活や遊びの中で特定の物や動作、やり方にこだわりが強いと感じますか？	☐ はい ☐ いいえ		
13	チック（咳払い・短い声・首ふり・まばたき・鼻ならし等）はありますか？	☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない		
14	音を避けるために両手で耳をおおうことがありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
15	偏食はありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
16	明るい光を不快に感じたり、避ける様子はありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
17	汚れるのを極端に嫌う様子はありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
18	散髪・洗顔・爪切り・歯磨きなどに対して抵抗したり泣いたりしますか？	☐ はい ☐ いいえ		
19	ボタンのかけ外しができますか？	☐ はい ☐ いいえ		
20	筋力が弱いように思うことがありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
21	曲に合わせて振付のあるダンスができますか？	☐ はい ☐ いいえ ☐ 得意ではない		
22	ボールをキャッチできますか？	☐ はい ☐ いいえ ☐ 得意ではない		
23	歯磨きをしますか？	☐ はい ☐ 仕上げ磨きをする ☐ いいえ		
24	排便・排尿に問題はありますか？	☐ はい（夜尿・便秘・頻尿・その他） ☐ いいえ		
25	メディア（テレビ・タブレット・ゲーム等）との接触は時間を決めていますか？	☐ 見せていない ☐ 2 時間未満 ☐ 2 時間以上		
26	夜 9 時以降にメディア（テレビ・タブレット・ゲーム等）と接触させていますか？	☐ いいえ ☐ ときどき ☐ よくある		
27	起床・就寝時間を記入してください	起床（ ）時 就寝（ ）時		
28	同居する家族に喫煙する人はいますか？	☐ はい ☐ いいえ		
29	あなたはお子さんに対して育てにくさを感じていますか？	☐ はい ☐ いいえ		
30	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、苦しさを感じますか？	☐ いいえ ☐ 感じる ☐ とても感じる		
31	お子さんが大人同士のけんかや暴力を目にすることはありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
32	お子さんの養育者となる方に病気や障害がありますか？	☐ いいえ ☐ はい（ ）		
お子さんについての心配事、ご自身の不安など、どのようなことでもご自由にお書きください（必要でしたら裏面もお使いください）				