

① 令和8年度 板橋区 5 歳児発達診療 問診票

受付番号：

| | | | |
|--------------|----------------|-----|---------------------|
| 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 () |
| 生年月日 | 年 月 日 (5 歳 ヲ月) | 女 | 家族構成 |

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うけたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい 医療機関名： 内容： <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | 今現在、療育やその他支援を受けていますか？ | <input type="checkbox"/> はい 機関名： <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | 目のことで心配なことはありますか？ | <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9 | 今日あった出来事が話せますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15 | 偏食はありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16 | 光・におい・触感などに敏感な様子はありますか？ | <input type="checkbox"/> はい (光・匂い・触感) <input type="checkbox"/> いいえ |
| 17 | 汚れるのを極端に嫌う様子はありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19 | ボタンのかけ外しができますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20 | 筋力 (体幹・握力) が弱いように思うことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい (体幹・握力) <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21 | 曲に合わせて振付のあるダンスができますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 得意ではない |
| 22 | ボールをキャッチできますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 得意ではない |
| 23 | 歯磨きをしますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 仕上げ磨きをする <input type="checkbox"/> いいえ |
| 24 | 排便・排尿について気になることはありますか？ | <input type="checkbox"/> はい (夜尿・便秘・頻尿・その他) <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> 見せていない <input type="checkbox"/> 2 時間未満 <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> とても感じる |
| 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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)