

この問診票は、お子さんのことを理解するうえで、必要な内容を質問しています。質問が多くありますが、可能な範囲で結構ですので、記入してください。お聞かせいただいた、個人の情報を目的以外で使用することはございません。

This questionnaire sheet has questions with necessary content for understanding your child's condition. Although there are many questions, please fill in as much as you can. The submitted personal information is not used for other purposes.

ふりがな Furigana			相談日 Consultation date	年 year	月 month	日
児童氏名 Name of child			記入者(続柄) Person who fills out (Relation)	()		
生年月日 Date of birth	年 月 日 year month day		(歳 か月) (Age: years months old)			
就園状況 School enrollment	未就園・() 保育園・幼稚園・こども園・その他 () Not enrolled・Name () Hoku-en Yochi-en Kodomo-en Others					
住所 Address	〒 - 豊川市 Toyokawa-shi					
電話番号 Telephone	自宅 () -		携帯 - - Cell phone			
家族構成 Family members	氏名 Name	生年月日 Date of birth	続柄 Relation	職業 Occupation	その他 Others	
◆ 相談したいこと 当てはまるところに○印をつけてください。(複数可) Items for consultation: Circle the item about which you want to consult (More than one is available.).						
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>① 運動発達の遅れ Delay of motor development</p> <p>② 言葉の遅れ Delay of speech development</p> <p>③ 発音不明瞭、どもり Unclear pronunciation, stammering</p> <p>④ 落ち着きがない Being restless</p> <p>⑤ かんしゃく Throwing a tantrum</p> <p>⑥ 切り替えが苦手 Has difficulty in switching attention from one activity to another</p> <p>⑦ こだわりの強い Particular about certain things</p> <p>⑧ 自傷行為(自分を叩く等) Self-harm behavior (Hitting oneself etc.)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>⑨ 他害行為(友達を叩く、物を投げる等) Harming others (Beating friends, throwing things etc.)</p> <p>⑩ 集団活動が苦手 Has difficulty in participating in group activities</p> <p>⑪ 社会性・対人面の問題(友達と遊べない、やりとりが一方的等) Problem with sociality・personal relations (Cannot play with friends, one-way communication etc.)</p> <p>⑫ 療育の利用について About using rehabilitation service (Ryoiku)</p> <p>⑬ 医療機関の受診について About taking consultations at medical institution</p> <p>⑭ 就園・就学について About school enrollment</p> <p>⑮ その他 () Others</p> </div> </div>						
◆ 上記について具体的に教えてください Describe concretely the item (s) which you circled above.						
(例 Example) ・言葉が少ない Speaks few words ・思い通りにならないと、泣いて怒り、気持ちの切り替えができない Gets angry crying if things don't go as wanted, and cannot change the state of						
◆ それは、いつ頃から始まり、今はどのように対応していますか When did it start and how are you coping with it?						
(例 Example) ・保健センターの健診で指摘され、事後教室に参加している。 It was pointed out at medical checkup of Health Center and we have been participating in the class since then. ・2歳頃から増えてきた。泣いているときは少し放っている。 The symptom started to be seen more frequently from the age of 2 years. I leave my child for a while when he / she is crying.						
◆ 当センターのことは、誰から(どこから)知りましたか。当てはまるところに○印をつけてください How did you get to know (From whom, through what) about this center? Circle the number which meets.						
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>① 広報・ホームページ Toyokawa Newsletter (Koho)・City HP</p> <p>② 保健センター Health Center (Hoken Center)</p> <p>③ 保育園・幼稚園 Hoku-en・Yochi-en</p> <p>④ 学校 School</p> <p>⑤ 市役所 City hall</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>⑥ 医療機関 Medical institution</p> <p>⑦ 事業所(事業所名:) Company (Name:)</p> <p>⑧ 友人・知人 Friend・Acquaintance</p> <p>⑨ 家族・親族 Family・Relatives</p> <p>⑩ その他 () Others</p> </div> </div>						

◆ 生育歴 Early developmental history	
妊娠中の様子 During pregnancy	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 () Normal Abnormal
出産状況 Birth situation	在胎週数 週 日 出産院 () Gestational age: weeks days Clinic/Hospital of the child's birth
	分娩状況 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開 Delivery Normal Vacuum extraction Obstetrical forceps Caesarean <input type="checkbox"/> 陣痛促進剤使用 <input type="checkbox"/> その他 () Labor induction was used. Others
出生時状況 Birth condition	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 () 体重 g 身長 cm Normal Abnormal Weight Height 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 未受検 <input type="checkbox"/> 受検 Hearing test of newborn baby Not taken Taken 【結果 : <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精検 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要治療) Result : Problem not found Needs further examination. Problem not Medical treatment is necessary.
乳幼児期の様子 Condition during infancy	・ 首がすわる か月 months Holds its head ・ お座りをする か月 months Sitting position ・ 歩きはじめ か月 months Started walking ・ 人見知り あり・なし (か月) Stranger anxiety: Yes・No (months) ・ 2 語文の出始め (わんわん、きた 等) 歳 か月 months Utters 2 word sentence (Bow-wo here, etc.) years ・ 3 語文の出始め (パパ、カイシャ、イッタ等) 歳 か月 months Utters 3 word sentence (Papa went work, etc.) years ・ 寝返りをする か月 months Roll over in bed ・ ハイハイをする か月 months Crawling ・ 意味のある言葉出始め か月 (内容 :) Utter words with meaning month (content) ・ 後追い あり・なし (か月) Following mother (father): Yes・No (months)
乳幼児健診 Medical checkup for infant	・ 1 歳 6 か月児健診 何も言われなかった・指導を受けた・未受診 Medical checkup for 1 year and 6 month old: There wasn't any problem. Received instructions. Has not taken the checkup. (指導内容 :) Content of instructions ・ 2 歳児歯科健診 何も言われなかった・指導を受けた・未受診 Medical checkup for 2 year old: There wasn't any problem. Received instructions. Has not taken the checkup. (指導内容 :) Content of instructions ・ 3 歳児健診 何も言われなかった・指導を受けた・未受診 Medical checkup for 3 year old: There wasn't any problem. Received instructions. Has not taken the checkup. (指導内容 :) Content of instructions
既往歴 Medical history	・ 過去にけいれんやひきつけがありましたか いいえ・はい (歳頃) Did the child have spasms or convulsions in the past? No Yes (Age: years) ・ 現在、治療している慢性疾患はありますか いいえ・はい () Is the child currently under treatment with a chronic disease? No Yes
◆ 今まで発達に関して他の医療機関や相談機関に相談されたことはありますか Have you ever consulted other medical institutions or relevant organizations about your child's <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Yes No 歳頃 (機関名 :) Age: years old Name of institution (指導内容 :) Content of instructions	
◆ お子さんの現在の様子について、記入してください Reply to the questions about your child's current condition.	
・ 興味があるものを指さして伝える Tries to show what interest him / her by pointing with fingers. ・ 好きなおもちゃを親に見せてくる Shows his / her favorite toys to the parent. ・ 取ってほしい物がある時に指さして伝える Tries to let others know what he / she wants by pointing with fingers. ・ 親が視線を向けるとその方を見る Looks in the direction which parent looks at. ・ 親が指さした先を見る Looks in the direction which parent points at. ・ 親の行動をまねをする Imitates parent's actions. ・ 「〇〇どれ」と尋ねると、指さしをして答える Replies by pointing with fingers when asked "Which is XX?";	はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No
◆ お子さんの言葉について、記入してください Reply to the questions about your child's speech.	
・ シャベリ始めた後、なかなか言葉が増えない After having started speaking, his / her vocabulary is not increasing as expected. ・ 一度出た言葉が消えた A word which your child uttered once does not come out again. ・ オウム返し (質問をそのまま繰り返す) がある Repeats the question in the same way as said. ・ 関係ない場面で、テレビや動画のセリフを真似して話す Imitates lines of TV or video in the situation which has nothing to do with them. ・ 会話が成立しにくいと感じる You find it difficult to communicate in conversation with your child. ・ 言葉の理解がゆっくりだと感じる Your child seems to have slow comprehension of words.	はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No はい・いいえ Yes No

◆ お子さんの遊びについて、記入してください Reply to the questions about your child's play.	
・ お子さんの好きな遊びはなんですか What type of play does your child like?	()
・ 1人で遊ぶことを好む Prefers playing by himself / herself.	はい・いいえ Yes No
・ ままごとやお店屋さんごっこなどができる Able to do pretending such as play house and play shop, etc.	はい・いいえ Yes No
・ ルールがある遊びができる Able to do play with rules.	はい・いいえ Yes No
・ 「ちょうだい」「どうぞ」のやりとりができる Able to communicate with "Give me." "Here you are."	はい・いいえ Yes No
◆ お子さんの行動について記入してください Reply to the questions about your child's behavior.	
・ お子さんの行動で気になるところがある Do you have any concerns about your child's behavior?	はい・いいえ (内容:) Yes No Content
・ 興味をもつ物が限られている Has interest in the limited things.	はい・いいえ Yes No
・ こだわりやすい傾向がある Tends to be particular about certain things.	はい・いいえ Yes No
・ かんしゃくやパニックになってしまうことが度々ある Throws a tantrum or panicks occasionally.	はい・いいえ Yes No
・ 頭を打ちつけるなど自分を傷つける行為がある Self-harm behavior is seen such as hitting his / her head against things.	はい・いいえ Yes No
・ じっとしていることが苦手である Has difficulty in staying still.	はい・いいえ Yes No
・ 切り替えが苦手である Has difficulty in switching attention from one activity to another.	はい・いいえ Yes No
◆ お子さんの食事の様子について、当てはまるものに○印をつけてください About your child's meal, circle items which meet.	
・ 食事方法 (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 手づかみ ・ 1人で食べることができない) Eating style: Chopsticks Spoon Fork Hands Cannot eat by himself / herself.	
・ 食事の様子 (こぼさずに食べる ・ こぼしながら食べる) How your child eats: Eats without spilling. Spills while eating.	
・ 食事中の立ち歩き (多い ・ 少ない ・ ない) Standing up and walking around during meal: Frequent Less frequent None	
・ 食べ物の好き嫌い (あり ・ なし) 食欲のムラ (あり ・ なし) Likes and dislikes of food: Yes No Irregular appetite: Yes No	
◆ お子さんの排泄の様子について、当てはまるものに○印をつけてください About your child's excretions, circle items below which meet.	
・ 排泄方法 (トイレ ・ オムツ ・ トイレトレーニング中) Excretion method: Bathroom Diaper Potty training currently	
・ 排尿は (一人で行える ・ 手伝ってもらおうと自分で行える ・ すべて手伝ってもらおう) Can urinate: By himself / herself With assistance With full assistance	
・ 排尿は (予告する[言葉・動作] ・ 予告しない / 報告する[言葉・動作] ・ 報告しない) Urination: Saying it beforehand (With words or gestures) Not saying it beforehand Reporting afterwards (With words or gestures) Not reporting	
・ 排便は (一人で行える ・ 手伝ってもらおうと自分で行える ・ すべて手伝ってもらおう) Can defecate: By himself / herself With assistance With full assistance	
・ 排便は (予告する[言葉・動作] ・ 予告しない / 報告する[言葉・動作] ・ 報告しない) Defecation: Saying it beforehand (With words or gestures) Not saying it beforehand Reporting afterwards (With words or gestures) Not reporting afterwards	
◆ お子さんの着替えの様子について、当てはまるものに○印をつけてください About the way your child puts on and off clothes, circle items below which meet.	
・ 脱ぐ (一人で行える ・ 手伝ってもらおうと自分で行える ・ すべてやってもらおう) Putting clothes off: By himself / herself With assistance With full assistance	
・ 着る (一人で行える ・ 手伝ってもらおうと自分で行える ・ すべてやってもらおう) Putting clothes on: By himself / herself With assistance With full assistance	
・ 前後、裏表の区別がつく Can your child recognize front and back, inside and outside of the clothes?	はい・いいえ Yes No
・ 左右、間違えずに靴をはくことができる Can your child put shoes on without confusion between right and left?	はい・いいえ Yes No
◆ お子さんの睡眠の様子について記入してください About your child's sleep, fill in the following part.	
・ 起床、就寝時間 Wake-up time, Bed time	起床: 時 分 就寝: 時 分 Wake-up time: hour minute Bed time: hour minute
・ 昼寝をしますか Does your child take a nap?	はい・いいえ (時から 時) Yes No From To
◆ 保育園等に、在園しているお子さんの様子を記入してください About your child at the nursery school (Hoiku-en) etc., describe the situation.	
(例) ・ 担任の先生から、集団活動にのれないと話があった。(Example) ・ Class teacher mentioned that my child cannot participate in group activities. ・ 同級生と遊ぶことが少なく、1人で遊んでいることが多い ・ He / She rarely plays with classmates and often plays by himself / herself.	

ご記入いただき、ありがとうございました。
Thank you for your cooperation.