

【小児リハビリ問診票】

記載者氏名（ ） 続柄（ ） 記載日 年 月 日

連絡先	自宅（ ） - 携帯（ ）	続柄（ ）
		続柄（ ）
住所		

※日中繋がる連絡先をご記入ください。

①相談されるお子さんについて

ふりがな 名前	第 子	年齢	歳 ヶ月	性別	男 ・ 女
生年 月日	H・R 年 月 日	利き手	右 ・ 左（利き手矯正：□なし □あり）		
現在の 所属	園・学校名（ ）立（ ） ※未就学児の方へ 就学予定の小学校はどこですか？ （ ）立（ ）小学校			学年	
教育歴	※小学生以上の方で教育についてお聞きします ☐ 普通学級 ☐ 通級指導教室併用（ ☐ 言語 ☐ LD/ADHD 等 ☐ その他 ☐ 分からない） ☐ 特別支援学級（ ☐ 知的 ☐ 情緒 ☐ その他： ） ☐ 放課後等デイサービス				
これまでに利用している・いた療育センター、言葉の教室、自治体の親子教室等がありますか？ ☐ ない ☐ ある → ____歳から____歳 どこに（ ）					

②相談したいことについて

運動・作業面	言語面
☐ 寝返りができない ☐ 座れない ☐ ハイハイができない ☐ 立てない ☐ 歩けない ☐ 走れない ☐ よく転ぶ ☐ 運動が苦手 ☐ 体幹が弱い ☐ 姿勢を保てない ☐ 座ってられない ☐ 手先が不器用 えんぴつ・はさみ・箸・ぼたん等の使用 ☐ 絵や形を描くことが苦手 ☐ 着替えがうまくできない	☐ ことばが遅い ☐ 初語がない ☐ 2語文が出ない ☐ 聞いても分からない言葉が多い ☐ 言葉の数が少ない ☐ 指示が伝わりにくい ☐ 発音が悪い（例：サ行がタ行になる） 行 → 行 ☐ 音の聞き間違い・言い間違いが多い ☐ どもることがある
学習面	その他
☐ 読み書きが苦手 ☐ ひらがな ☐ カタカナ ☐ 漢字 ☐ 音読がたどたどしい・一文字ずつ読む ☐ 計算が苦手 ☐ 板書に時間がかかる ☐ 文章問題が苦手	☐ 落ち着きがない ☐ 姿勢が崩れやすい ☐ 集中力が続かない ☐ 目線があいにくい ☐ 集団行動が苦手 ☐ 対人コミュニケーションが苦手 ☐ 特定のこと・ものにこだわりがある

③相談されるお子さんの発達・発育について：母子手帳等を参考に記載してください。

発達について	運動	首すわり：__ヶ月 寝返り：__ヶ月 おすわり：__ヶ月 はいはい：__ヶ月 つかまり立ち：__ヶ月 ひとり歩き：__ヶ月 走る：__ヶ月
	言葉	喃語：__ヶ月 指さし：__ヶ月 □しない 意味のある言葉（マンマ、プープ）の話し始め：__ヶ月 □まだ → 初めて話した言葉：（ ） 2語文の話し始め：__歳__ヶ月 □まだ

④その他伝えたいこと・聞きたいことがあれば自由に記載してください

--

⑤家族について

・家族構成（相談のお子さんをのぞく）

氏名	生年月日	年齢	続柄	職業・学校等	備考

他に同居している家族等

（ ）

・家族や親族で下記の項目に当てはまるものがあればチェックしてください。

☐ 知的障害（関係： ）	☐ 発達障害（関係： ）	☐ 言葉の遅れ（関係： ）
☐ てんかん（関係： ）	☐ 身体障害（関係： ）	☐ 吃音（関係： ）
☐ 脳性麻痺（関係： ）	☐ 精神疾患（関係： ）	☐ その他先天性疾患（関係： ）

◆ 個人情報について

当院は個人情報保護法・守秘義務に基づき診療を行っておりますが、園や学校、行政等に情報提供・または情報享受を行うことがあります。お子さんの情報を関連機関と共有することに同意されますか？

☐ はい ☐ いいえ

以上、ご記入いただきありがとうございました。