

児童の記録

記入日 年 月 日

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 才 _____ ヶ月
父 氏名 _____ 才 _____
母 氏名 _____ 才 _____

該当する項を○で囲み、空欄はお分かりになる範囲でご記入ください。

1、今回、どのようなことで診察を受けに来られましたか。
()

2、それは、いつ頃からですか。 ()

3、誰から紹介されましたか。 ()

4、妊娠中のことについて

- ① 妊娠3ヶ月までに何か病気をされましたか。 (はい ・ いいえ)
「はい」の方の病名 ()
- ② 妊娠中下記の状況はありましたか
・流産しそうになった ・貧血 ・妊娠中毒症 ・感染症
・その他 ()

5 出産について

- ① 出産時のお母様の年齢 _____ 才 職業 _____
- ② 妊娠 _____ 週 _____ 日で出産した。 出産した産院 _____
- ③ 生まれた時の体重 _____ g 身長 _____ cm 頭囲 _____ cm 胸囲 _____ cm
- ④ 分娩は (正常産、帝王切開、吸引分娩、その他 ())
- ⑤ 出産時の赤ちゃんの胎位は (頭位、骨盤位、その他 ())
- ⑥ 生まれて [・すぐ勢いよく泣いた
・しばらく仮死状態で泣かなかった
・ひきつけがあった

6 生まれてからの様子

- ① 栄 養 (母乳 ・ 混合 ・ 人工 (ミルク))
- ② 哺 乳 力 (よい ・ 弱い ・ 飲めなかった)
- ③ 黄 疸 (普通 ・ 強い)
光線療法 (有 ・ 無)
- ④ 保 育 器 (無 ・ 有 (_____ 日間入っていた))

7 今までの状況

① 今までにかかった病気があれば○をして下さい。

麻しん・風しん・おたふくかぜ・水ぼうそう・髄膜炎・その他 ()

② ひきつけをおこしたことはありますか (ある ・ ない)

③ 脳波検査を受けたことはありますか (ある ・ ない)

④ CT・MRIを受けたことはありますか (ある ・ ない) 部位: _____

⑤ 染色体検査を受けたことはありますか (ある ・ ない)

⑥ 予防接種 ポリオ・三種混合・四種混合・BCG・麻しん風しん・日本脳炎・B型肝炎
 ロタ・ヒブ・小児肺炎球菌・おたふく・水ぼうそう・その他 ()

8 発達について

| | | | |
|------------|-----|--------|-----|
| ① あやして笑う | ヶ月頃 | つかまり立ち | ヶ月頃 |
| 首が坐る | ヶ月頃 | つたい歩き | ヶ月頃 |
| 寝返りをする | ヶ月頃 | ひとりで立つ | ヶ月頃 |
| ひとりで坐る | ヶ月頃 | ひとりで歩く | ヶ月頃 |
| ハイハイする | ヶ月頃 | | |
| はじめて言葉を話した | ヶ月頃 | 内容 () | |

② 言葉の発達 (現在の状況に○をして下さい。)

- ・ 全く言えない
- ・ 単語 (パパ、ママ、ワンワン)
- ・ 2語文 (ママ行く、ママだっこ)
- ・ 3語文 (ママジュース買って)
- ・ 何でも言える

③ 発音について (正常 ・ 異常と感じる ・ その他 ())

9 ご家族について

① ご両親は健康ですか (はい ・ いいえ)

② ご兄弟はいらっしゃる場合がありますか (はい ・ いいえ)

いらっしゃる場合、年齢・性別・健康の有無を教えてください

| 年齢 | 才 | 才 | 才 | 才 |
|----|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 性別 | 男・女 | 男・女 | 男・女 | 男・女 |
| 健康 | はい・いいえ () | はい・いいえ () | はい・いいえ () | はい・いいえ () |

10 その他、何か気になる所がございましたらご記入ください

()

言語発達について

記入日 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 才

1、1歳半検診を受けられましたか

はい ・ いいえ

言葉の遅れなどを指摘されましたか (はい ・ いいえ)

2、3歳検診を受けられましたか

はい ・ いいえ

言葉の遅れなどを指摘されましたか (はい ・ いいえ)

3、今までに、発達検査や知能検査を受けたことがありますか

ない ・ ある

| 年齢 | 検査したところ | その結果、何と言われましたか |
|----|---------|----------------|
| | | |
| | | |

4、今までに、聴力検査を受けたことがありますか

ない ・ ある

その結果は何と言われましたか ()

5、今までに、どのような相談・訓練機関へ行って相談をしたことがありますか

| 年齢 | 相談・訓練機関名 | どのような診断、指導を受けましたか |
|----|----------|-------------------|
| | | |
| | | |

6、現在、通っている相談・訓練機関はありますか

ない ・ ある (名称:)

7、現在、お子さんが通っている保育所、幼稚園、学校はどこですか

()

8、当センターでの相談、指導にあたり、なにかご希望があればお書きください。

()

9、お子さんのこれまでの生育状態をお教えてください

次の項目で、過去、現在において、あてはまるものは□に✓印をつけてください

1歳未満

- 育てやすく、おとなしい
- 人に抱かれることを嫌う
- 人見知りをしない
- 視線が合わない
- あやしても笑わない
- 喃語が少ない

1歳半～2歳

- 指さしをしない
- 動作の模倣をしない
- 話しかけてもまったく反応しない
- 表情の変化が少ない
- 感覚刺激に対して過剰に過敏あるいは鈍感であり、ある種の音、光の刺激に対して激しく興奮したり恐れたり、まったく無反応であったりする
- 痛みに鈍感で、痛くても泣かない
- 抱き上げられた時、抱かれやすい姿勢をとらない
- いったん出現した言葉が消失した
- 極度の多動を認め、発語がない。あってもわずかな単語のみ
- 十分に注意を引き付けての指示は通るが、通常的生活場面ではなかなか聞かない
- 絵本の読み聞かせに興味を示さず、注意がすぐそれる

3歳～5歳

- 行動が激しく、抑制が効かない
- 友達とのトラブルが多い
- 保育士の指示に従わず、集団行動がとれない

6歳以降

- 授業中、椅子に座って勉強できない
- 絶えずごそごそして落ち着きがない。忘れ物が多い。注意されてもすぐ忘れる
- 友達とのトラブルが多く、親しい友達ができない
- 冗談がわからない
- 不器用で、動きがぎこちない
- 算数、国語など特定の勉強が困難である

ありがとうございました。