

【 言語療法(ことばの教室) 問診票 兼 申込書 】

お子さんの治療方針を立てる上で大切な資料となりますので、以下に詳しくご記入下さい。

当ことばの教室は、お子さんの発達段階に応じて、言語療法が効果的な時期に実施できるよう配慮しています。

そのため、小児科医師と言語聴覚士が連携して評価を行い、初回相談や診察の結果によっては、

すぐに言語療法を始めるのではなく、まずは他の発達支援や環境調整を優先いただく場合がございます。

また、すでに他医療機関・療育施設で支援を受けている場合、重複を避けるために調整をお願いすることがあります。

あらかじめご了承ください。※初回相談は原則、未就学児は『午前枠』でお受けいたします。

ふりがな お子さんの名前： (男 ・ 女)	平成 令和 生年月日： 年 月 日 (歳 カ月)
記入者： (続柄：)	通園名(クラス) / 学校名(年組)：
住所：	連絡先： (母 ・ 父)

1. ことばや発達の状況について、問題点または困っている点など、できるだけ詳しくお書き下さい。

--

2. 家や園、学校、外部での様子 (行動、態度、出席状況、成績、集団適応、友人関係 など)

以前(いつ頃)
最近

3. 家庭環境（同居家族）※本人に○をつけてください

父	歳	第1子（男・女）	歳	健康状態	
母		第2子（男・女）	歳	健康状態	
祖父		第3子（男・女）	歳	健康状態	
祖母		第4子（男・女）	歳	健康状態	

4. 出産時の様子

- ① 妊娠_____週にて出産、出生時体重：_____g
- ② 分娩状態：[正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 難産 ・ そのほか（ ）]

5. 発達の経過

首すわり	歳 カ月	小さな物をつまむ	歳 カ月	人見知り	歳 カ月
寝返り	歳 カ月	スプーンの使用	歳 カ月	後追い	歳 カ月
はいはい	歳 カ月	箸の使用	歳 カ月	初語	歳 カ月
1人座り	歳 カ月	上着を自分で脱ぐ	歳 カ月	2語文	歳 カ月
1人立歩き	歳 カ月	ボタンのはめはずし	歳 カ月	簡単なお手伝い	歳 カ月

※発達状況に問題があるといわれたことはありますか？ それはいつ頃、どんな内容でしたか？

[☐ なし ☐ あり：]

6. 身の回りの自立（あてはまるものに○をつけてください。）

- ① 食事動作 [まったく自分で食べられない ・ 介助が必要 ・ ひとりで汚さず食べられる]
- ② 食事内容 [噛むことが苦手 ・ 飲むことが苦手 ・ 偏食が多い ・ だいたい何でも食べられる]
- ③ 排尿 [オムツ使用 ・ 声かけや介助によりトイレでできる ・ ひとりでできる]
- ④ 排便 [オムツ使用 ・ 声かけや介助によりトイレでできる ・ ひとりでできる]
- ⑤ 利き手 [右手 ・ 左手 ・ 左利きを右手に直している ・ 決まっていない]

8. 最近の遊びの様子

- ① 好きなもの、こと、遊び：
- ② 嫌いなもの、こと、遊び：

9. 最近のコミュニケーションの様子（あてはまるものに○をつけてください。）

- ① どれくらい話せますか？ [話せない ・ 単語のみ ・ 短い文が言える ・ 普通に会話できる]
- ② お子さんのことばは、周りの人にどれくらい伝わりますか？
[ほとんど伝わらない ・ ときどき伝わらないことがある ・ だいたい伝えられる]
- ③ ことばの理解はどれくらいできますか？ [遅れている ・ 少し配慮が必要 ・ 問題ない]

10. 発達についての受診や相談、療育訓練などを受けたことがありますか？

初診日	医療・療育・相談機関名	診断・支援内容	経過
年 月			継続 ・ 終了
年 月			継続 ・ 終了
年 月			継続 ・ 終了
年 月			継続 ・ 終了
年 月			継続 ・ 終了

11. 以下の検査を受けたことがありますか？

検査	時期	医療機関名・結果	未受診だが気になっていること
視力	歳 カ月		
聴力	歳 カ月		
脳波	歳 カ月		

12. 定期的に飲んでいる薬がありますか？ [なし ・ あり ()]

13. 当ことばの教室を、どこで知りましたか？ []

ご記入ありがとうございました。

指示欄

☐ 言語療法(ST)

☐ 経過観察

☐ その他()