

発達相談問診票

ふりがな 名 前			
生年月日	昭・平	年 月 日	年齢 歳
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住所 〒			
電話 ()	—	身長 cm	体重 Kg 体温 °C

① 問題がおきているのは 家 園または学校 登下校

② 子供さんの様子についてお尋ねします。

- ・ 落ち着きがない あり なし
- ・ 注意散漫 あり なし
- ・ 忘れ物が多い あり なし
- ・ 大人の言うことを聞かない あり なし
- ・ 思い通りにならないとかんしゃくを起こす あり なし
- ・ 反抗的である あり なし
- ・ 手先が不器用 あり なし
- ・ 言葉の遅れ あり なし
- ・ 会話がずれる あり なし
- ・ 勉強の遅れ あり なし
- ・ 順番を待つのが難しい あり なし
- ・ 集団行動が苦手である あり なし
- ・ 負けるのが凄く嫌 あり なし
- ・ 友達と遊ぶよりも1人遊びが好き あり なし
- ・ 新しい事やいつもと違うことが苦手である あり なし
- ・ こだわりが強い あり なし

③ 好きな遊びは何ですか？

④ 得意なことは何ですか？

⑤ 性格は？

⑥ 他にどこかでかかっていますか？ かかったことがありますか？
