［　発達検査目的の紹介時の問診票　］

聖ヨゼフ医療福祉センター
小児科

ふりがな 名前	男 女	生年月日 年齢	平成・令和_____年_____月_____日 _____歳_____か月
所属	幼稚園・保育園・小学校（通常級、支援級）・支援学校		

今回発達検査を受けられるに当り、かかりつけ医から理由などについてどのように聞かれていますか？

お子様のことで現在特にどのようなこと（行動など）が気になりますか？

出生時、新生児期のことについてお尋ねします。

・出生時体重_____g　　身長_____cm　　頭囲_____cm
・妊娠回数_____分娩回数_____
・分娩方法（経腟分娩　　吸引分娩　　予定帝王切開　　緊急帝王切開）
・仮死（あり／なし）　　・アプガースコア____点／____点
・保育器の使用（あり／なし）　　・退院までの日数_____日
・黄疸（あり／なし）　　・光線療法（あり／なし）

発達についてお尋ねします。

・あやすと笑う　_____か月　　・首が座る　_____か月　　・寝返り　_____か月
・お座り　_____か月　　・四つ這い　_____か月　　・つかまり立ち　_____か月
・ひとり歩き　_____か月　　・走る　_____か月　　・ジャンプ　_____か月
・意味ある言葉_____か月　　・二語文　_____か月

・乳児期の向き癖（あり／なし、右・左）　　・乳児期の反りやすさ（あり／なし）
・人見知り（あり／なし、_____か月頃）　　・後追い（あり／なし、_____か月頃）