

■発達の様子

首がすわる： ___ ヶ月 一人で歩く： ___ 歳 ___ ヶ月

初めての言葉： ___ 歳 ___ ヶ月 人見知り：あった・ない 後追い：あった・ない

1歳6か月健診での指摘：ない・ある（ _____ ）

3歳健診での指摘：ない・ある（ _____ ）

■1~5歳ごろに次のようなことの当てはまるものがあれば○をつけてください

（複数回答可）

視線が合いにくい・言葉が遅い、増えない・独語が多い・迷子になりやすい

一人遊びが多い・ぐるぐる回る・つま先で歩く・道順や物の位置にこだわる

ミニカーなどをきれいに並べる・回転物（タイヤ・扇風機など）を眺める

特定のマークやCMが好き・道路への飛び出しが多い・手先が不器用・バランスが悪い

■保育園・幼稚園・学校などの行動で次のようなことに当てはまるものがあれば○をつけてください（複数回答可）

保育園・幼稚園、学校に行かない・対人関係がうまくゆかない、友達ができない

集団行動ができない・学校でいじめられる・勉強が遅れている、授業に追いつけない

学校で暴力、暴言がひどい・級友をいじめる・落ち着きがない・忘れ物が多い

文字の読み書きが苦手・計算ができない・運動が苦手・不器用

■集団生活、対人関係（家族以外の大人や子どもとのかかわり）で心配なことがあればお書きください

■現在の健康状態について

睡眠：よい・わるい（寝つきが悪い・夜中に何度も目覚める・早朝に目覚める）

食欲：ある・ない アレルギー：ない・ある（ _____ ）

気になる癖：爪かみ・指しゃぶり・偏食・チック・その他（ _____ ）

■当院にはどのようなことをお望みですか

診断 ・ 検査 ・ 薬物治療 ・ 心理療法（カウンセリング、ペアレントトレーニング、SST

など） ・ 認知トレーニング（コグトレ） ・ 家庭での対応の仕方の相談

進学、学校関連の相談 ・ セカンドオピニオン ・ 診断書発行

その他（ _____ ）

記入者：父・母（ _____ ）