

問診票 2 発達障害 (ADHD)

ふりがな
氏名 _____ □男 □女

年齢 才 ヶ月 体重 k g 身長 c m

生年月日 □昭和 □平成 年 月 日生まれ

住所〒 _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____

帰省中の方は ご家族のお名前 _____ お電話番号 _____

被保険者との続柄 _____

あてはまるところがあれば、□にレをつけてください

- 落ち着きがない 動きまわる 高いところから飛ぶ 信号無視
- 我慢できない 順番が待てない きょろきょろする 集中できない
- 好きなことには集中できる すぐ手が出てしまう 授業中そわそわする
- 忘れ物がひどい 整理整頓ができない トラブルがたえない
- 偏食 こだわり 乗り物にこる (□電車、□自動車、その他 _____)
- 一人でも平気 音に過敏 人見知りしない 友達ができない
- 理解が悪い 場が読めない アドリブが入るとパニックになる
- 離席 (授業中勝手に席を離れる) ルール遊びや集団競技が苦手
- 字が汚い 書くのが遅い 音読ができない 読み飛ばし
- ことばがでない ことばが遅い 同じことばを繰り返す
- 字が小さく見える 耳が聞こえない かん黙 チック 夜尿
- 熱性けいれん けいれん てんかん
- その他：何か心配事があれば下の欄にお書き下さい

家族構成：□父 □母、 祖父・母同居：□あり □なし

兄弟姉妹：□いる □いない

いる場合 _____

出生時の問題点 □なし □あり (_____)

発達：首のすわり ヶ月 おすわり ヶ月 ひとり歩き 才 ヶ月

ことば：意味のあることば 才 2 語文 才 3 語文 才

保育園はいつから 才 幼稚園はいつから 才

<ご記入ありがとうございます>

(DDまっぷホームページより印刷)

こたけ小児科