

言語外来 問診票（就学児）

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
氏名	(男・女)		(歳 カ月)
住所	〒	所属	小学校 年生
連絡先	TEL ()		

1. 今日受診された理由に該当するものにチェックしてください

- ことばの発達がゆっくりだと感じる 発音が悪い(力行・サ行・タ行・全体的に)
- 話す時にどもる 視線が合わない、会話が一方的または続かない
- 文字をスラスラ読めない 学習でつまづいている(年生くらいから)
- 文字を正しく書けない。書くのが遅い
- その他

(具体的に)

2. いつ頃から気になり始めましたか ()歳くらいから

3. 次のどの方から当院の受診をすすめられましたか 家族 親戚 学校の先生
 他() 勧められていない

4. 今までに言語訓練または発達検査を受けられた事がありますか ない
 ある(時期 場所)

5. お子様の今までの発達状況を教えてください

在胎週数	g	出生体重	週
ことば (ワンワン、ママ)を話始める	才	2語文 (パパシゴト)を話す	才

6. 当院のことをどうやって知りましたか 知人から ホームページを見て
 その他()

7. 最後に差支えなければ、家族構成について教えてください

((記入例)父、母、本人、妹)

問診票は以上です。ご協力ありがとうございました。 おおキッズクリニック ことばの外来