

# 成人の発達障害 問診票

いずみクリニック

ふりがな

氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

記入者氏名: \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

※受診なさる方と記入した方が異なる場合は必ず記入をお願いします。

就学・施設通所の状況

1. \_\_\_\_\_ 小学校    2. \_\_\_\_\_ 中学校
3. \_\_\_\_\_ 高校 ( \_\_\_\_\_ 年・中退・卒業・大検/高卒認定)
4. \_\_\_\_\_ 大学・ \_\_\_\_\_ 専門学校 ( \_\_\_\_\_ 年・中退・卒業)
5. 現在の勤務先 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年勤務・休職中)
6. その他現在の状況 (就労支援施設利用中など) \_\_\_\_\_

いまどのようなことをお困りで、それはいつごろからですか？

当院の受診にあたり、希望されることや期待されることは何ですか？

いずみクリニック

\* 診断の参考としますので、以下の質問に分かる範囲で記入をお願いします。

1. 出生前後から乳幼児期のことについて、当てはまるものにチェックを入れてください。

1) あなたのお母さまがあなたを妊娠中のことをお聞きします。また、その詳細が分かる場合は（ ）内にご記入ください。

妊娠中毒症 ( )

不妊治療 ( )

飲酒 ( )

喫煙 ( )

妊娠合併症 例：高血圧、重度のむくみなど妊娠に伴って生じた問題  
( )

薬物服用 ( )

レントゲン撮影 ( )

その他 ( )

特に問題なし

2) あなたの出生時の体重 ( ) g ( ) 週で出生

3) 出生時に何かのトラブルがありましたか？当てはまるものにチェックを入れてください。また、その詳細が分かる場合は（ ）内にご記入ください。

出生時仮死 ( )

臍帯巻絡 ( )

重度の黄疸 ( )

未熟児 ( )

吸引 / 鉗子分娩 / 帝王切開 (当てはまるものに○をつけておいてください。  
( )

特に問題なし

4) 発達についてお聞きします。

首のすわり ( ) カ月 はいはい ( ) カ月

つかまり立ち ( ) カ月 歩き始め ( ) カ月

意味ある言葉を話し始めた時期 ( ) 歳 ( ) カ月

言葉の内容 : \_\_\_\_\_

0歳から1歳の間にかかった病気 ( )

5) 乳幼児健診で何か指摘されましたか？

一歳半健診  はい (具体的に : \_\_\_\_\_)  いいえ

三歳児健診  はい (具体的に : \_\_\_\_\_)  いいえ

育児の上で困ったことや育てにくかった経験はありましたか？

はい (具体的に : \_\_\_\_\_)  いいえ

6) 幼稚園や保育所で、保育士から何か指摘されたり、気になったことはありますか？

はい (具体的に : \_\_\_\_\_)  いいえ

2. 子どもの頃の様子について、当てはまるものにチェックを入れてください。また、その詳細が分かる場合は ( ) 内にご記入ください。

人見知り	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あまりなかった <input type="checkbox"/> あった ( )
昼間や夜中にひどく泣くことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった ( )
食べ物の好き嫌いが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> 多かった ( )
人の声や大きな物音で不快に感じるものが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった ( )
匂いに敏感で	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった ( )
それがないと不安で手放せないものが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった ( )

触ったり、触られたりすることを嫌がったことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> あった( )
指しゃぶりや爪かみが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> あった( )
幼稚園や保育園に行くのをとても嫌がったことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> あった( )
落ち着きがないと言われたことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> あった( )
好きなことに熱中しすぎて周りが見えなくなることが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> あった( )
鉄道やキャラクターなど、特に関心の強いものや人並み以上の知識を持っていたものが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった( )
カード、おもちゃなど夢中になって集めたものが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった( )
特定のものや順番など、特にこだわっていたものが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった( )
決まったパターンが崩れるとひどく混乱することが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> あった( )
暗い場所や高いところなどひどく怖かったものが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> あった( )
寝つきが悪い/眠りが浅い/朝起きにくいなど、睡眠の問題が	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> あった( )
よく一緒に遊ぶ子が	<input type="checkbox"/> いなかった <input type="checkbox"/> いた
相手と目を合わせて話すことが苦手	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった( )
相手をじっと見過ぎて注意されたり、嫌がられることが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> あった( )
相手の表情から気持ちを読み取るのが難しいということが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> あった( )
忘れ物や提出物の出し忘れで注意されることが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )
授業中にじっと座ってられないことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )
指示を聞きもらしたり、従えないことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )
何かしていても他に気を取られ、集中できなかったり、ぼんやりしていたことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )

テストなどで計算違いや読み飛ばしなど不注意によるミスが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )
机や棚などに物を置きっぱなしにして長くそのままになってしまうことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )
学校行事や他の用事に遅刻することが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )
人の話を遮って話し始めてしまうことが	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった( )

3. 小学校から高校までのことについてお聞きします。

1) 得意科目 ( )

成績 …… 例：上・中・下 10段階評定で1～10など

( : \_\_\_\_段階評定で\_\_\_\_ )

2) 不得意科目 ( )

成績 ( : \_\_\_\_段階評定で\_\_\_\_ )

3) 趣味・好きだった遊び

( )

4) 同年代の友人との関係 (仲の良い友人の数、いじめや暴力といったトラブルの有無)

5) その他 (不登校や自傷行為、相談室登校、相談機関の利用や精神科受診歴など)

4. これまでにかかった病気などがありましたら、○をつけてください。

1) けいれん 2) アレルギー性疾患 (アトピー性皮膚炎、花粉症、気管支喘息など)

3) 視力・視覚障害 4) 聴力・聴覚障害 5) 骨折 6) 頭部外傷

7) 手術 (病気の名前: ) 8) 事故 ( )

9) その他 ( )