

成育記録

シメイ 氏名		男・女	記入日	
生年月日		診察券番号		
就学状況	保育園 () 組) 幼稚園 () 組) 小学校 () 年 組) 中学校 () 年 組) 特別支援学級(小・中 年) 通級指導学級利用(教科 年) 特別支援学校(小・中・高 年 組)			
1 主訴				
1) 心配していること、困っていること				
2) いつ頃から				
3) 現在まで他の相談機関や受診歴の有無(時期、診断、治療、療育、手帳など)				
		身体障害者手帳	判定結果	(種 級)
		療育手帳	判定結果	A1 A2 B1 B2
		精神障害者保健福祉手帳	判定結果	(級)
4) 今までに病気やけがの経験について				
<input type="checkbox"/> けいれん性疾患(てんかん、熱性けいれんなど) なし・あり(時期: 病名:) <input type="checkbox"/> 視力・視覚障害 なし・あり(時期: 病名:) <input type="checkbox"/> 聴力・聴覚障害 なし・あり(時期: 病名:) <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 なし・あり(病名:) <input type="checkbox"/> 四肢の骨折 なし・あり(時期: 原因:) <input type="checkbox"/> 頭部外傷 なし・あり(時期: 原因:) →その際の意識障害の有無 なし・あり <input type="checkbox"/> その他()				
5) 服薬について				
現在、薬をのんでいる なし・あり(薬名: 使用期間:)				

2 発達歴	
1)胎生期	
<input type="checkbox"/> 特別問題なし	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群
<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 身体疾患・外傷(病名))
<input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 薬物服用(薬品名))
<input type="checkbox"/> その他())
2)出産時	
在胎週	体重 g 身長 cm 頭囲 cm
分娩方法	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩()
体位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位
児の状態	<input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> その他()
3)乳幼児期	
栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工栄養 <input type="checkbox"/> 混合栄養 (母乳のみの時期があれば) <input type="checkbox"/> 卒乳時期(頃) <input type="checkbox"/> 離乳食開始時期(頃 様子など)
運動発達	首すわり(ヶ月) 寝返り(ヶ月) ハイハイ(ヶ月) つかまり立ち(ヶ月) つたい歩き(ヶ月) 一人歩き(ヶ月) ケンケン(歳) スキップ(歳) 不器用さ なし・あり(具体的に) その他()
睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つき 良い・寝つきにくい <input type="checkbox"/> 夜泣き なし・あり(頻度など) <input type="checkbox"/> 睡眠時間が安定した時期 (頃)
言葉の発達	<input type="checkbox"/> 始語(歳 ヶ月) 二語文(歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ なし・あり <input type="checkbox"/> 発音の不明瞭さ <input type="checkbox"/> 吃音(どもり)) その他()
排泄	小便自立(歳 ヶ月) 大便自立(歳 ヶ月) その他()
対人関係	<input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 抱きにくい、抱かれにくい <input type="checkbox"/> 初めての場所や人を非常に嫌がる <input type="checkbox"/> 初めての人にもなれなれしく話し掛ける <input type="checkbox"/> 同年齢の子供に興味がない <input type="checkbox"/> 名前呼んでも振り向かない <input type="checkbox"/> 後追いしない
行動	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 待てない <input type="checkbox"/> 同じ遊びを繰り返す <input type="checkbox"/> 他者への攻撃的な行動がみられる <input type="checkbox"/> 自分を傷つける行動がみられる
感覚	<input type="checkbox"/> 感覚(音、光、触覚など)の過敏さがなし・ある(具体的に)
4)これまでの健診の様子(1歳半健診、3歳児健診、就学前健診など)	
5)園での様子	
6)その他	

7) 小学校の様子

- ① 不登校 なし・あり(時期:)
- ② 学習について(成績・好きな教科・苦手な教科、、宿題への取り組む姿勢など)
()
- ③ 友人関係について
()
- ④ 生活面について(食事、着替え、排泄、入浴、睡眠など)
()
- ⑤ 好きな遊び、活動など(習い事、部活動など)
()
- ⑥ その他
()

8) 中学校の様子

- ① 不登校 なし・あり(時期:)
- ② 学習について(成績・好きな教科・苦手な教科、、宿題への取り組む姿勢など)
()
- ③ 友人関係について
()
- ④ 生活面について(食事、着替え、排泄、入浴、睡眠など)
()
- ⑤ 好きな遊び、活動など(習い事、部活動など)
()
- ⑥ その他
()

9) 高校の様子

- ① 不登校 なし・あり(時期:)
- ② 学習について(成績・好きな教科・苦手な教科、、宿題への取り組む姿勢など)
()
- ③ 友人関係について
()
- ④ 生活面について(食事、着替え、排泄、入浴、睡眠など)
()
- ⑤ 好きな遊び、活動など(習い事、部活動など)
()
- ⑥ その他
()

3 家族について

① ご家族の構成についてご記入下さい。

ご家族	年齢	業種/職種	職場/学校名	勤務曜日時間等
例) 父 一太郎	40歳	製造業/営業職	〇〇株式会社	月一金 8:00-17:00

② お子さまの家族や近い親戚(両親、兄弟、祖父母、おじ、おば、いとこなど)に次のような問題や病気を経験したことのある方、あるいは現にいま、その状態にある方はいらっしゃいますか。

- 神経発達症(自閉症スペクトラム、注意欠如・多動症、学習障害 等)
- 精神疾患(うつ病、不安障害、躁極性障害、統合失調症 等)