

川崎協同病院 小児科外来 名前（ ）

発達外来問診票

どのようなご相談ですか？

--

成長・発達の経過（以下の事を初めてしたのは、いつですか？）

あやし笑い	ケ月	首の座り	ケ月	お座り	ケ月	つかまり立ち	ケ月
一人歩き	ケ月	発語	ケ月	人見知り	ケ月	二語文	ケ月

お子様の特徴（性格、好きなこと、食事（偏食の有無）、睡眠（何時に寝て起きる）等

--

今までに、他の相談機関で相談したことがあれば教えてください。（検査歴などあれば）

--

ご家族について（同居している人に○をつけて下さい）

父・母・祖母・祖父
兄弟姉妹（ ） その他（ ）
今までにご家庭に混乱（両親の不仲・家族の病気・経済的問題など）はありましたか ありの場合：
ご家族やご親族で、発達障害や知的障害などの方がおられたらご記入ください。