

① 5歳児発達診療 問診票

番号：

フリガナ 幼児氏名	性別	記入日	年 月 日
		男	記入者
生年月日	年 月 日 (5歳 ヲ月)	女	家族構成

お子さんの健康・発達状態を知るための質問です。当てはまる方に☑をつけてください。

1	3歳児健康診査で指摘を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	(「はい」と回答した場合) どのような指摘でしたか？	自由にご記入ください
3	(「はい」と回答した場合) 医療機関で精査や治療等をされましたか？	<input type="checkbox"/> はい 医療機関名： 内容： <input type="checkbox"/> いいえ
4	目のことで心配なことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
5	ザワザワしたところで特に聞き返しが多いと感じたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	発音が不明瞭だと感じることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	理由をつけて自分の要求や拒否を伝えられますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	前後・左右・上下の概念を理解している様子ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	今日あった出来事が話せますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 話すのがわかりにくい
10	人見知り、場所見知りかひどいと感じますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	かわいそうな話を聞くと、悲しそうな顔になりますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	生活や遊びの中で特定の物や動作、やり方にこだわりが強いと感じますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	チック (咳払い・短い声・首ふり・まばたき・鼻ならし等) はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
14	音を避けるために両手で耳をおおうことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	偏食はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	明るい光を不快に感じたり、避ける様子はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	汚れるのを極端に嫌う様子はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	散髪・洗顔・爪切り・歯磨きなどに対して抵抗したり泣いたりしますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
19	ボタンのかけ外しができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	筋力が弱いように思うことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	曲に合わせて振付のあるダンスができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 得意ではない
22	ボールをキャッチできますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 得意ではない
23	歯磨きをしますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 仕上げ磨きをする <input type="checkbox"/> いいえ
24	排便・排尿に問題はありますか？	<input type="checkbox"/> はい (夜尿・便秘・頻尿・その他) <input type="checkbox"/> いいえ
25	メディア (テレビ・タブレット・ゲーム等) との接触は時間を決めていますか？	<input type="checkbox"/> 見せていない <input type="checkbox"/> 2時間未満 <input type="checkbox"/> 2時間以上
26	夜9時以降にメディア (テレビ・タブレット・ゲーム等) と接触させていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
27	起床・就寝時間を記入してください	起床 () 時 就寝 () 時
28	同居する家族に喫煙する人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
29	あなたはお子さんに対して育てにくさを感じていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
30	子育てについて「もう無理」「誰か助けて」と感じたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
31	お子さんが大人同士のけんかや暴力を目にすることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

お子さんについての心配事、ご自身の不安など、どのようなことでもご自由にお書きください

② 5 歳児発達診療 SDQ (保護者)

■ 「子どもの強さと困難さアンケート」
(Strengths and Difficulties Questionnaire : SDQ)

保護者

以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」「まああてはまる」「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックを入れてください (例:)

答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。
あなたのお子さんのここ半年くらいの行動についてお答えください。

お子さんのお名前: 性別: 男児/女児

お子さんの生年月日: 年 月 日

	0 あてはまらない	1 まああてはまる	2 あてはまる
1. 他人の気持ちをよく気づかう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 落ち着きがなく、長い間じっとしてられない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 頭が痛い、おなかが痛い、気持ちが悪いなどとよく訴える。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 他の子どもたちと、よく分け合う。(おやつ・おもちゃ・鉛筆など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. カットなったり、かんしゃくをおこしたりすることがよくある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ひとりでいるのが好きで、一人であそぶことが多い。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 素直で、だいたいは大人の言うことをよく聞く。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
8. 心配事が多く、いつも、不安なようだ。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. だれかが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. いつもそわそわしたり、もじもじしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
12. よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 他の子どもたちから、だいたいは好かれているようだ。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
15. すぐに気が散りやすく、注意を集中できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 年下の子どもに対してやさしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. よく大人に対して口答えする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 他の子からいじめの対象にされたり、からかわれたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 自分からすすんでよく他人を手伝う。(親・先生・子どもたちなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. よく考えてから行動することができる。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
22. 他の人に対していじわるをする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 他の子どもより、大人という方がうまくいくようだ。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. こわがりで、すぐにおびえたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ものごとを最後までやりとげ、集中力もある。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

記入者署名: 日付: 年 月 日

ご回答くださったのはどなたですか(○をつけてください) 親/保育士・教師/その他(具体的に:)

③ 5 歳児発達診療 SDQ (担任)

担任

■ 「子どもの強さと困難さアンケート」
(Strengths and Difficulties Questionnaire : SDQ)

以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」「まああてはまる」「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックを入れてください (例:)

答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。
あなたのお子さんのここ半年くらいの行動についてお答えください。

お子さんのお名前: 性別: 男児/女児

お子さんの生年月日: 年 月 日

	0 あてはまらない	1 まああてはまる	2 あてはまる
1. 他人の気持ちをよく気づかう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 落ち着きがなく、長い間じっとしてられない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 頭が痛い、おなかが痛い、気持ちが悪いなどとよく訴える。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 他の子どもたちと、よく分け合う。(おやつ・おもちゃ・鉛筆など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. カットなったり、かんしゃくをおこしたりすることがよくある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ひとりでいるのが好きで、一人であそぶことが多い。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 素直で、だいたい大人の言うことをよく聞く。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
8. 心配事が多く、いつも、不安なようだ。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. だれかが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. いつもそわそわしたり、もじもじしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
12. よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 他の子どもたちから、だいたい好かれているようだ。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
15. すぐに気が散りやすく、注意を集中できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 年下の子どもに対してやさしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. よく大人に対して口答えする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 他の子からいじめの対象にされたり、からかわれたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 自分からすすんでよく他人を手伝う。(親・先生・子どもたちなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. よく考えてから行動することができる。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
22. 他の人に対していじわるをする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 他の子どもより、大人といる方がうまくいくようだ。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. こわがりで、すぐにおびえたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ものごとを最後までやりとげ、集中力もある。	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

記入者署名: 日付: 年 月 日

ご回答くださったのはどなたですか (○をつけてください) 親/保育士・教師/その他 (具体的に:)