言語療法問診票

基本的に当院の診察を受けている方に言語療法を開始させていただきます。
他の医療機関等ですでに訓練を受けている方は当院での言語療法は併用できませんのでご注意ください。

ID　　記入日　　年　月　日

ふりがな		生年月日	S.H.R.　年　月　日
氏名	男・女		
連絡先	自宅　（　）　□ 携帯　（　）　□	← お昼間に連絡が取れる番号にチェックしてください ※□留守電を聞いて、折り返します ※□ご連絡時間帯の指定あり（　時～　時　）	

あてはまるものにチェックしてください

□ 話しかけても反応しない
□ ことばが遅い（現在のことばの状態　）
□ ことばが不明瞭（具体的に　）
□ どもる
□ コミュニケーションがとりにくい
□ 全体的な発達が気になる
□ その他
具体的に

□ 自閉症 □ 広汎性発達障害
□ その他診断名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診断された病院・施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 歳ころ

発達検査を行ったことがありますか？ある方は検査名がわかればチェックしてください。

□ない
□あるが検査名まではわからない
□新版K式発達検査　□構音検査　□WISCーⅢ、ⅣまたはⅤ
□K-ABC（Ⅱ）　□遠城寺式乳幼児分析的発達検査
□その他（　）

所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 幼稚園・保育所・小学校・その他
相談歴 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （医療機関・公的相談機関など）
健診 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

予約可能な日・時間帯に〇をつけてください

	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
木曜									
金曜									
土曜									
日曜									