

ココカラキッズケア問診票

以下の質問は保護者の方の子育てを応援するため、お子さんがキッズケアで楽しく安全に過ごしていただくために
私たちが知っておきたいと考える質問です。

もし、回答したくない質問があれば無回答でかまいません。ご協力よろしくお願いいたします。

ココカラウィメンズクリニック院長・伊藤加奈子

保護者氏名(ご記入者名)		
フリガナ	性別	生年月日
お子様の 氏名	男 ・ 女	年 月 日生 (歳 か月)

お子様についてお聞きかせください。

お子様の健康状態で心配なことはありますか。 1 いいえ 2 はい【具体的に: _____】
遊び方、行動、言動など気になっていることはありますか。 1 いいえ 2 はい【具体的に: _____】
落ち着きがないと感じることはありますか。 1 いいえ 2 はい
痼癬(かんしゃく)をおこすことはありますか。 1 いいえ 2 はい【どんな時に: _____】
強いこだわりありますか。 1 いいえ 2 はい【具体的に: _____】
寝つきが悪いと感じることはありますか。 1 いいえ 2 はい (1)物音に敏感ですか。 1 いいえ 2 はい (2)睡眠時間は何時間くらいですか。 ・昼間【 _____ 時から _____ 時】 ・夜間【 _____ 時から _____ 時】
目が合わないと感じることはありますか。 1 いいえ 2 はい
発達に遅れを感じますか。 (言葉について) 1 いいえ 2 はい【具体的に: _____】 (運動について) 1 いいえ 2 はい【具体的に: _____】
過去に発達についての診断を受けたことはありますか。 1 いいえ 2 はい【診断名: _____ いつ頃; _____】
その他、心配なことや配慮してほしいことがあればご記入ください。 【 _____ 】

裏面に続きます。

保護者の方についてお聞きかせください。

(1)子育てについて不安や困難を感じることはありますか。

1 いいえ 2 はい【具体的に: _____】

(2)子育てについて気軽に相談できる人はいますか。

1 いいえ 2 はい

(3)家庭や仕事などストレスや疲れを感じていますか。

1 いいえ 2 少し感じる 3 感じる 4 強く感じる

(4)健康面で体調に困っていること、相談したいことはありますか。

1 いいえ 2 はい【具体的に: _____】

(5-1)生活で困っていることはありますか。(仕事・経済的・人間関係など)

1 いいえ 2 はい【具体的に

→上記で はい と答えた方にお聞きします。

(5-2)困りごとについて頼れる・相談できる人(団体)がありますか

【具体的に: _____】

*当ビルの4Fには婦人科・内科・診療内科・精神科・皮膚科・乳腺外科と診察ができるクリニックがあります。健診やこころとからだに関する不調を相談できます。

またカウンセラー(臨床心理士)もいるので、メンタルや人間関係・家族関係などでお困り事あればおためしで 30 分カウンセリングをうけることも可能です。

シングルマザー・ファーザーの方で子育てや経済的に困っている方、DV(家庭内暴力)、虐待などで困りごとがある方なども相談にのります。必要に応じてつながりのある支援団体におつなぎすることができます。

どんなことでも保育士に気軽に遠慮無くお声かけください。

ご協力ありがとうございました。