

## パームこどもクリニック 視機能検査・トレーニングを希望される方へ

該当する項目を ○印で囲み、空欄には必要なことを記入してください

記入日 年 月 日

受診される方のお名前 (ふりがな)

生年月日 年 月 日 記入者： 父 母 その他

在籍学校（幼稚園・保育所）名 学年

### ■検査・トレーニング受ける目的を記入してください（どういう点が心配で受診されるのですか）

---

---

---

### ■視機能検査・トレーニングをどのようにして知りましたか

1. 紹介→どなたから
2. クリニックのパンフレットを見て
3. その他

### ■困っていることを3つあげてください（目に関すると思われることで）

- 1.
- 2.
- 3.

### ■できるようになってほしいことを3つあげてください（目に関すると思われることで）

- 1.
- 2.
- 3.

### ■目に関して

- 遠くのものが見にくそう
- メガネまたはコンタクトを持っている  
→常に使っている・授業中のみ・スポーツのときのみ・使っていない
- 斜視がある  
→ 右 ・ 左 （種類）
- 斜視の手術をした（才 ヶ月ごろ）
- 色弱または色盲がある
- 現在眼科に定期的に通っている
- 目を細めてみたり、まばたきや目をこすることが多い
- 読み書きなどで集中力が続かない
- 読み書きをしていると目が充血してくる
- 読み書きをしているとすぐに頭が痛くなったり、肩がこったりする
- (本当は1つの)物が2つに見えることがある
- 頭を傾けて横目で見たり一方の目をおおって片目だけで見ようとする
- 文字を読むのにひじょうに時間がかかる
- 読書時に、行をとばしたり、同じ所を何度も読んでしまうことがある

### ■学習について

- 文字（かな・漢字）が読めない
- 文章が読めない
- 内容が理解できない

- 文字を覚えることが苦手である
- 似たような文字を間違える
- ひらがな・カタカナが書けない
- 漢字が書けない
- 書いた文字が枠からはみ出す
- 書いた文字のバランスが悪い
- 鏡文字を書く
- 数の意味がよくわからない
- 数が数えられない
- 計算問題が苦手である（筆算が特に苦手である）
- 図形が理解できない
- 図形問題が特に苦手である
- 定規やコンパスを上手に使えない
- 手先を使う作業が苦手である（具体的にどんな時？ \_\_\_\_\_）
- 左右が理解できていない
- 探し物をうまく見つけられない（人が指さした物がみつけられない）
- 不注意で身体を周囲にぶついたり、つまずく（ころぶ）ことが多い
- ボール遊びや遊戯、それに類する体育が苦手である
- 動作のまとまりが悪い。例えばボールの受け取りがうまくできない。
- 走るときに足の運びがぎこちない。

好きな教科は？その理由は？

---



---

嫌いな教科は？その理由は？

---



---

好きなスポーツ・活動や物

---



---

嫌いなスポーツ・活動や物

---



---

学校で何か支援・配慮をしてもらっていることがあれば書いてください

---



---

そのほか気になることを書いてください

---



---

習い事

---

■これまでに受けた診断、治療、検査、療育について

**診断**  いつ \_\_\_\_\_ 歳ころ \_\_\_\_\_ ところで \_\_\_\_\_ 病院で

診断名 \_\_\_\_\_ と診断された

**治療・検査・療育** \_\_\_\_\_  どこで \_\_\_\_\_

治療・検査・療育など \_\_\_\_\_ を受けた

検査結果が手元にある方はコピーをして添付してください

■現在服用している薬があれば教えてください

\_\_\_\_\_

■これまでに大きな病気にかかったことがあったら教えてください

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

■子どもさんについて

出産日は（予定日どおり・予定日より \_\_\_\_\_ 日早かった・遅かった）

出生時体重 \_\_\_\_\_ g

新生児期（産婦人科に入院中）に下記のような問題はありましたか？

新生児仮死・未熟児・生まれてすぐに泣かない・黄疸・発熱・呼吸の異常・けいれん・髄膜炎・ミルクの飲みが悪い・よくミルクをもどす・体重の増加が悪い・

その他：

1歳半検診、3歳検診等で何か指摘された事があれば教えてください？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

はいはい（はらばい）し始める	生後	才	月頃
つかまって立ち上がる		才	月頃
伝い歩きをはじめ		才	月頃
ひとり歩きをはじめ		才	月頃
初めて意味のある言葉を話した			ヶ月

\*それまでできていたことでできなくなったことはありませんか

（ \_\_\_\_\_ ）

利き手はどちらですか？→右（生まれつき・もとは左）・左

WISC-IV(Ⅲ)・KABC-II (K-ABC) 等の検査結果をお持ちの方はお手数ですがコピーをして同封または持参してください。