

びるーむの風診療所 発達外来 再診問診票

氏名： _____ (才) 受診日： R 年 月 日

1、前回受診時と変わったことを教えてください。(特に無いかたは、設問2へ)

(周りの環境や支援、本人の様子の変化等。良くなった事、困った事など)

2、睡眠状況を教えてください。

- 朝 () 時起床
- 夜 () 時就寝
- 夜中起きてしまう(中途覚醒) ことが、 あり ・ なし (○をつけてください)
- 午睡(ひるね) をする→ () 時間
- 授業中なども激しい眠気がきたり、眠ってしまうことが、 あり ・ なし
- その他、睡眠で困っていること→ ()

3、内服や薬の副作用と思われるもので困っていますか？(ある方のみ記載してください)

4、今回、先生に相談したいことを教えてください。(ある方のみ記載してください)

以上になります。ありがとうございました。