

成人吃音相談外来 新患用問診票

この問診票は、担当医師および言語聴覚士があなたの吃音について理解を深め、相談にのらせていただく上で参考にさせていただくためのものです。以下の空欄に記入し、該当するものに丸をつけてください。

氏名 _____ 性別 男・女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
職業 _____

1. どもり始めてから現在までの経過

1) どもり始めについて

(1) あなたが、どもりはじめたのは、いくつの時でしたか。

_____ 才 _____ ヶ月

(2) いちばん最初に「吃音(どもり)」または「吃音ではないか」と思って気にし始めたのは、だれでしょうか。

父 母 祖父母 きょうだい 本人 学校の先生 友人 近所の人
その他 _____

(3) どもり始めたのはどんな場面で、どんな事をしている時だったのでしょうか。分かるようでしたら書いて下さい。

(4) どもり始めた時のコトバはどんな様子でしたか(現在の様子は後でお聞きします)。

下の左右の欄であてはまるものに○をつけて下さい。

(コトバのようすは)

1. ある音のくり返し(カカカラスのように)。
2. ある音の引きのばし(カーラスのように)。
3. ある音がつまって出ない。
4. あるコトバのくり返し(カラスカラスがね)。
5. コトバをさがしながら話すように。
6. その他 _____

(その時の様子は)

1. 緊張しないで楽なようすだった。
2. 固くなっていた。
3. 力をいれていた。
4. 顔を赤くしていた。
5. いらいらしていた。
6. あわてていた。
7. とまどっていた。
8. その他 _____

2) ご自分の吃音を意識されるようになったのは、いつ頃ですか。 _____ 才頃

また、何か意識するきっかけになった出来事がありましたか。

3) その後、症状に変化はありましたか。あったとすれば、どのような変化がありましたか。

1. 気にするようになった。
2. 緊張や体が固くなるのが目につくようになった。
3. 眉をしかめる、目をみはる、手足を動かすなどの動作が目立つようになった。
4. 話し方が変わった。たとえば
 - 1) ……………カラスのように最初の音が出ない。
 - 2) カ、カ、カラスのようにある音をくり返す。
 - 3) カーラスのようにある音をひきのばす。
5. その他

4) これまで吃音について相談や治療に通ったことがあれば、以下に記入してください

(当事者団体への参加経験があれば、それもお書きください)。

| 機関名 | 時期(何歳ごろ) | 期間 | 治療内容 | 効果 |
|-----|----------|----|------|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5) 現在のことばの状態

(1) あなたは自分の吃音の程度はどの位であると思っていますか。

1. 重い吃音である。
2. 中程度の吃音である。
3. 軽い吃音である。
4. 吃音かどうかわからない。
5. 吃音という程でないかも知れない。
6. 吃音ではないと思う。

(2) どもった時には、どんな症状がみられますか。あてはまると思われるものに全部○をつけて下さい。
いくつでも結構です。

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. 同じ音のくり返し(カ、カ、カラスなどのように) | 15. 舌を出す。 |
| 2. ある音のひきのばし(カーラスなどのように) | 16. つばをためる。 |
| 3. はじめの音がつまって出にくい。 | 17. 息をとめる。 |
| 4. 目をパチパチさせる。 | 18. 口をあけて息をはく。 |
| 5. 顔をゆがめる。 | 19. 口をあけて息をすう。 |
| 6. 唇を固く閉じる。 | 20. 手足で拍子をとる。 |
| 7. 舌を口の天井に固く押しつける。 | 21. 鼻をふくらませたり、ピクピクさせたりする。 |
| 8. 口をとがらせる。 | 22. 額にしわをよせる。 |
| 9. 手を固くにぎる。 | 23. 体全体を固くする。 |
| 10. 足をつっぱる。 | 24. 早口になる。 |
| 11. 洋服をつかんでひっぱる。 | 25. 聞き取ってもらえなくてよく聞き返される。 |
| 12. 目をとじる。 | 26. 長い単語を縮めて言う。 |
| 13. 目を見はる。 | その他 _____ |
| 14. ある音を言いにくいコトバの前につける。 (アノー、エーなど) | |

(3) あなたのどもり方には波がありますか。(吃音が重くなったり、軽くなったりしますか。)

1. はい 2. いいえ

「はい」と答えられた方は、波がどのようなものか、以下に詳しくお書きください。

例 1. 一日のうちで波がある(たとえば午前中ひどくなるとか) 2. 一週間のうちで波がある(たとえば月曜日にひどいとか)
3. 季節によって変動する。 4. 気候によって変動する。 5. 休暇中は具合がよい。

(4) 学校の入学時、会社への入社時、どもりの状態はいかがでしたか。

(5) あなたは、歌をうたう時どもりますか。

1. はい 2. いいえ

(6) あなたは、独り言やペットに話しかける時などでどもりますか。

1. はい 2. いいえ 3. 場合によって吃る時と吃らない時がある

(7) 身体が疲れている時、吃音の状態はどうですか。

(8) あなたは比較的良好に話せる時と話せない時がありますか。それはどんな時でしょうか。話す相手、話す場面、話すことの内容、コトバ、時期(時間)、その前後に起こった事などをよく考えて、関係のありそうなことをできるだけ具体的に書いて下さい。

・比較的良好に話せる時

・話せない時

・言いにくい音、語など

音

語

それらの音や語で、ほとんど吃らない場面

(9) 現在、吃音で苦労されているのはどのようなときですか。

(10) あなたは、自分のコトバを気にしていますか。

1. とても気にしている。
2. 気にしている。
3. 少し気にしている。
4. ぜんぜん気にしていない。

2) 今回、当院を受診しようと思われたきっかけがあれば教えてください。

3. 家族構成および家族歴

1) ご家族について、以下にご記入ください(同居されている人に○印をつけてください)。

| 同居 | 年齢 | 続柄 | 職業・学校 |
|----|----|----|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2) ご家族やご親族(血のつながった方)に吃音のある方、または以前に吃音があった方はおられますか。

いない ・ いる(具体的に: (例:叔父))

4. 既往歴、聞こえ、利き手、吃音以外に気になっていること

1) これまでに入院されるような大きな病気にかかれたことがありましたら、以下にご記入ください。

| 病名 | 年齢 | 期間 | 治療 | 経過 |
|----|----|----|----|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2) これまでに心療内科や精神科にかかれたことがありましたら、以下にご記入ください。

| 診断名 | 年齢 | 期間 | 治療(処方薬など) | 経過 |
|-----|----|----|-----------|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3) 聞こえに問題があると言われたことがありますか。

1. はい

どの程度・どのような問題ですか。()

現在も言われている ・ 以前に言われたが良くなった(歳ごろ)

2. いいえ

4) 利き手について

(1) あなたは今は右利きですか。左利きですか。 右 左 両手利き

(2) 今まで左利きや両手利きであるために、右手を使うようにしつけられたことはありますか。

ない ある わからない

5) 吃音以外に、何か気になっていることがあれば教えてください。