

中高生・成人吃音外来 新患用問診票（中高生用）

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るためのものです。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。自分では分からない質問については、保護者にたずねて記入してください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名 _____ 性 別 男 ・ 女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 学校・学年 _____

1. 吃音(どもり)の経過

(1) 吃音が出はじめたのは、いくつの時でしたか。

_____ 才 _____ ヶ月

(2) その時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。

(ことばの様子)

(体や気持ちの様子)

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 _____

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 _____

(3) 吃音を自分で気にしたり、意識したりしたのは、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。

(_____)

(4) その後、ことばや気持ち、体など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。

(_____)

(5) 今、あなたは自分の吃音の程度はどのくらい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。

(6) 現在、吃音が出る時の様子はいかがですか。あてはまると思われるものに○をつけて下さい。

(ことばの様子)

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 _____

(体や気持ちの様子)

1. 体(手、足など)を動かす。
2. 喉や口に力が入る。
3. まばたきが増えたり、目を強く閉じたりする。
4. 早口になる。
5. 不安や緊張が強くなる。
6. 「えー」「あの」など言いやすい方法をとる。
7. 言うことをやめたり、別のことばに変えて言う。
8. その他 _____

(7) 現在、吃音で困っているのはどのようなことば(単語)、相手、場面ですか。

2. 吃音への対応

(1) 当院のことをどのようにしてお知りになりましたか。

- ☐ 他機関のご紹介 (機関名: _____)
- ☐ どなたかのご紹介 (その方のお名前: _____)
- ☐ インターネット ☐ 書籍 ☐ その他(_____)

(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) 吃音に関連して受診や通院した機関があれば、その時期(年齢)や期間、伝えられたことや対応を、以下にご記入ください。

機関(病院、療育機関など)	年齢	利用期間	伝えられたことや対応

3. 家族と学校

(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))

(3) 現在の通学状況は以下のどれに当てはまりますか。あてはまるものに○印をつけてください。

() ほとんど毎日通っている () よく休む () あまり通っていない () 不登校 () 中退

(4) 授業を受けるうえで気になること、困ることなどがあれば以下にご記入ください。

(5) 友人、先生などとの交流で気になること、困ることなどがあれば以下にご記入ください。

(6) 進学や就職など将来に向けて気になっていること、困ることがあれば以下にご記入ください。