



問診票(中学生まで)

ふりがな
記入者氏名：

続柄：

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
患者氏名		生年月日	年 月 日		
学校名(園名)	園・小学校・中学校		登校・ 登園状況	<input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い	
学年(組)	年 組			<input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室や適応教室へ登校	
学級	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 支援			<input type="checkbox"/> 不登校(年の頃から)	
身長/体重	cm / kg		月経	<input type="checkbox"/> 初潮前 <input type="checkbox"/> 順調(初潮: 歳) <input type="checkbox"/> 不順	

* どのような希望で来られましたか？ 通院 入院 家族相談 診断 検査 その他()

* 本日、相談したい症状やお困りのことは何ですか？ ()

- 学校に行けない じっとしていられない 友達がうまくつけれない 勉強についていけない
- 意欲がわかない 不安 感情が不安定 イライラ 興奮しやすい 生きているのが嫌になる
- 話しかける声が聞こえる 実際にみえないものが見える 自分の噂をされている 過食 拒食
- ゲームやインターネットの利用が過剰(いつから: 歳~ /1日 時間程度/ゲーム名等:)
- その他(具体的に)→

* 上記が始まったのはいつ頃ですか？何かきっかけと思われる事柄がありましたか？

年 月頃(歳頃) / きっかけ:

* 現在、下記の症状はありますか？ (いいえ ・ はい)

- 強迫症状(手洗い・確認行為等) 夜尿 チック 睡眠障害 感覚過敏 腹痛・頭痛 被害妄想

* 上記のことで、クリニックや病院を受診したことはありますか？ (いいえ ・ はい)

医療機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	

* 上記のことで、発達支援センター等相談機関に相談したことはありますか？ (いいえ ・ はい)

相談機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	定期・不定期・1回だけ	
	年 月()	定期・不定期・1回だけ	

* 本日の受診について、ご本人にどのように説明されましたか？

→

* 現在、飲んでいる薬はありますか？ (いいえ ・ はい →内容:)

→薬の内容がわかるお薬手帳や薬剤情報提供書はお持ちですか？ (いいえ ・ はい)

* 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい)

- たまご 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他の食品()
- 薬(名称→)

* これまでに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか？ (いいえ ・ はい)

- 糖尿病(歳頃) 高血圧(歳頃) 心臓病【不整脈含む】(歳頃) 肝炎【治療済みも含む】(歳頃)
- ぜんそく(歳頃) 結核【過去の治療・指摘含む】(歳頃) 熱性けいれんやひきつけ(歳 ヶ月頃)
- その他(具体的に:)

手術歴: なし あり →

* 本日受診される患者様のことについてお聞かせください。

・出身地(県名・市名)はどこですか？()

・転居歴はありますか？(いいえ ・ はい)⇒具体的に(いつ・どこ):

・家族構成についてご記入ください。

名前	続柄	年齢	職業(学年)	同居の有無	精神科・心療内科受診歴
【例】 太郎	兄	18	高校生(3年)	(有)・無	(無)・有 →病名:
	父			有・無	無・有 →病名:
	母			有・無	無・有 →病名:
				有・無	無・有 →病名:
				有・無	無・有 →病名:
				有・無	無・有 →病名:
				有・無	無・有 →病名:
				有・無	無・有 →病名:

・生まれてから現在に至るまでのことをご記入ください。

出生時・乳児期	1) 妊娠中に気になることはありましたか？(いいえ ・ はい →具体的に:)
	2) 出生 (体重 g / 週 日 / <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 仮死状態)
	3) 出産時、出産前後で気になることはありましたか？(いいえ ・ はい →具体的に:)
	4) 1歳6ヶ月健診で指摘はありましたか？(いいえ ・ はい →内容:)
	5) 3歳児健診で指摘はありましたか？(いいえ ・ はい →内容:)
	6) 発達について (首がすわる____ヶ月 / ひとり歩き____ヶ月 / 初めての言葉____ヶ月)
幼児期	7) 1~3歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか？ (いいえ ・ はい) <input type="checkbox"/> 大人しく手がかからない <input type="checkbox"/> かんしゃくを起こしやすい <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 大きな音や声を怖がる <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になる <input type="checkbox"/> 抱っこや手つなぎを嫌がる <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)
	1) 保育園や幼稚園に通いましたか？(いいえ ・ はい →園名: ()歳から)
	2) 療育機関に通ったことがありますか？(いいえ ・ はい →機関名:)
	3) 園や集団の中で、どのような様子でしたか？ <input type="checkbox"/> 母(保護者)と離れにくい <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れづらい <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 活動を飛び出す <input type="checkbox"/> 友達と積極的に遊ぶ <input type="checkbox"/> 友達に誘われれば遊ぶ <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 仲のいい友達がいない <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)
	4) 運動会や発表会などの行事の際の様子はどうでしたか？ <input type="checkbox"/> 問題なかった <input type="checkbox"/> 参加できなかった <input type="checkbox"/> 練習と本番で様子が違った →(具体的に:)
	5) 保育士や幼稚園教諭の先生からは、どのような子とされていましたか？ →
	6) どのような遊びが好きでしたか？ →
7) 3~6歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか？ (いいえ ・ はい) <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になる <input type="checkbox"/> 物や場所、衣類、順番にこだわりがある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しい <input type="checkbox"/> パニックやかんしゃくがひどい <input type="checkbox"/> 音や臭いに敏感 <input type="checkbox"/> 手先が不器用(ハサミやボタン) <input type="checkbox"/> 興味のあることへの知識量がすごく多い <input type="checkbox"/> 指示に従いにくい <input type="checkbox"/> 人見知りや場所見知りがある <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)	

小学校

1) 小学校について教えてください。(学校名: _____) / 転校経験: 有 無
公立小学校(通常 通級学級 ことばの教室 支援学級) 私立小学校 特別支援学校

2) 出席状況はどうでしたか?
毎日出席 遅刻・早退が多い 時々休む 保健室・適応指導教室 不登校(_____ 年生頃)

3) 学校生活での様子で当てはまるものはありますか? (いいえ ・ はい)
忘れ物が多い 片づけや整理整頓ができない 授業中に無断で席を離れる 落ち着きがない
ぼーっとしていることがある 空気の読めないふるまいや発言がある 一人でいることが多い
いじめられたことがある 仲のいい友達がいない 友達とのトラブルが多い(具体的に: _____)
新学期や新学年などの新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる 不器用
球技やマット運動などの運動が苦手 その他 _____)

4) 成績はどうでしたか? (上位 中位 下位)

5) 学習の中で極端に苦手なものはありましたか? (いいえ ・ はい)
計算 音読 書字 作文 漢字 文章問題の理解 その他→(具体的に: _____)

6) 学校の先生からは、どのような子とされていましたか?
 →

中学校

1) 中学校について教えてください。(学校名: _____) / 転校経験: 有 無
公立中学校(通常 通級学級 支援学級) 私立中学校 特別支援学校

2) 出席状況はどうでしたか?
毎日出席 遅刻・早退が多い 時々休む 保健室・適応指導教室 不登校(_____ 年生頃)

3) 学校生活での様子で当てはまるものはありますか? (いいえ ・ はい)
忘れ物が多い 物を失くす、物が見つからず探すことが多い 授業中に無断で席を離れることがある
運動が極端に苦手 集中力がない 空気の読めないふるまいや発言をよくする 落ち着きがない
一人でいることが多い いじめられたことがある 仲のいい友達がいない _____)
友人とのトラブルが多い(具体的に: _____) 異性との交際経験がある(いつから: _____)
善悪の判断ができない その他(具体的に: _____)

4) 成績はどうでしたか? (上位 中位 下位)

5) 得意科目と苦手な科目を教えてください。(得意: _____ / 苦手: _____)

6) 部活動に入部していますか? (いいえ ・ はい →部活名: _____)

7) 学校の先生からは、どのような子とされていましたか?
 →

* 現在の様子(受診日頃)をお聞かせください。

食事	<input type="checkbox"/> 三食きちんと食べている <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食嘔吐 <input type="checkbox"/> その他(_____)
睡眠	<input type="checkbox"/> リズムよくとれている <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 寝すぎる <input type="checkbox"/> 朝起きれない <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
気分	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 引きこもりがち <input type="checkbox"/> 落ち込んでいる <input type="checkbox"/> すぐ泣く <input type="checkbox"/> すぐ怒る <input type="checkbox"/> 波がある <input type="checkbox"/> その他(_____)
人間関係	<input type="checkbox"/> うまく協力できない <input type="checkbox"/> うまく話せない <input type="checkbox"/> 乱暴 <input type="checkbox"/> 一人でいることができない <input type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> 決まった友達がいない <input type="checkbox"/> その他(_____)
休日の過ごし方	具体的に: _____

* 現在の状況をご両親(保護者)はどのように考えておられますか? また、どのようなことを望んでおられますか?

→

* その他、当院へのご要望等ございましたら、ご自由にお書きください。