



問診票(中学卒業後～20歳未満)

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(職場) / 学年(経験)	高校・大学・専門学校 / 年	登校・出勤状況	<input type="checkbox"/> 毎日出席・出勤) <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/>		
身長/体重	cm / kg	月経	<input type="checkbox"/> 順調(初潮: 歳) <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 妊娠中		

* 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(仕事)に行けない じっとしてられない 友達(仲間)がうまくつけれない 勉強(仕事)についていけない
- 意欲がわからない 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 実際に見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	

* 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 かにか 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):

・最終学歴はどちらになりますか?(中学校卒業・高校卒業・)

・婚姻歴はありますか?(いいえ・はい ⇒ 歳で結婚(子 人) 歳で結婚し(子 人) 歳で離婚)

・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) 乳幼児健診で指摘はありましたか? (いいえ・はい →内容:)
	5) 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)
	6) 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:)
幼児期	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"/> その他(具体的に:)
	4) 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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 公立小学校(<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級学級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 支援学級) <input type="checkbox"/> 私立小学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
	2) 出席状況はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 片づけや整理整頓ができない <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れる <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> ぼーっとしていることがある <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言がある <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 仲のいい友達がいらない <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い(具体的に:) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不器用 <input type="checkbox"/> 球技やマット運動などの運動が苦手 <input type="checkbox"/> その他
	4) 成績はどうでしたか? (<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 音読 <input type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> 作文 <input type="checkbox"/> 漢字 <input type="checkbox"/> 文章問題の理解 <input type="checkbox"/> その他→(具体的に:)
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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 公立中学校(<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級学級 <input type="checkbox"/> 支援学級) <input type="checkbox"/> 私立中学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
	2) 出席状況はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室・適応指導教室 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 物を失くす、物が見つからず探すことが多い <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れることがある <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言をよくする <input type="checkbox"/> 落ち着きがない

中学校	<input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 仲のいい友達がない) <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い(具体的に:) <input type="checkbox"/> 異性との交際経験がある(いつから:) <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができない <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)															
	4)成績はどうでしたか？(<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 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したか？(いいえ・はい →部活名:)															
7)学校の先生からは、どのような子と言われていましたか？ →																
高等学校・高専学校	1)学校について教えてください。(学校名:) / 転校経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 / <input type="checkbox"/> 在学中(年生) <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退(いつ頃:) / 留年経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 浪人経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無															
	2)出席状況はどうでしたか？ <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 不登校(年生頃)															
	3)学校生活での様子が当てはまるものはありますか？(いいえ・はい) <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 物を失くす、物が見つからず探すことが多い <input type="checkbox"/> 仲のいい友達がない <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言をよくする <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 異性との交際経験がある(いつから:) <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い(具体的に:) <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができない <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)															
	4)成績はどうでしたか？(<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 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:)															
大学・専門学校等	1)学校について教えてください。(学校名:) / (何年制? 年) <input type="checkbox"/> 在学中(年生) <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退(いつ頃:) 留年経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 浪人経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無															
	2)出席状況はどうでしたか？ <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 休学(年 月～ 年 月まで)															
	3)学校生活で困っていることはありますか？(いいえ・はい) <input type="checkbox"/> 学校に行けない <input type="checkbox"/> 人間関係にストレスを感じる・疲れている <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)															
	4)部活動(サークル)に入部していますか？(いいえ・はい →部活名:)															
仕事	1)今までの職歴を教えてください。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">いつ頃</th> <th style="width: 40%;">会社名(職種)</th> <th style="width: 30%;">雇用形態</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>【例】大学卒業～28歳頃</td> <td>明石病院(看護師)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>正社員 <input type="checkbox"/>パート <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>正社員 <input type="checkbox"/>パート <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>正社員 <input type="checkbox"/>パート <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>正社員 <input type="checkbox"/>パート <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	いつ頃	会社名(職種)	雇用形態	【例】大学卒業～28歳頃	明石病院(看護師)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>
	いつ頃	会社名(職種)	雇用形態													
【例】大学卒業～28歳頃	明石病院(看護師)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>														
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>														
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>														
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>														
2)仕事上で困っていることはありますか？(いいえ・はい) <input type="checkbox"/> 仕事に行けない <input type="checkbox"/> 仕事のミスが多い <input type="checkbox"/> 業務についていけない <input type="checkbox"/> ハラスメントを受けている <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)																

* 嗜好物等のことについてお聞かせください。

・たばこは吸いますか？(いいえ・はい)⇒いつ頃から:

・アルコール飲料は飲みますか？(いいえ・はい)⇒いつ頃から:

・趣味はありますか？(いいえ・はい)⇒具体的に:

・信仰している宗教等がありますか？(いいえ・はい)⇒具体的に:

・家族や親族の方に精神科や心療内科に受診歴のある方はいますか？(いいえ・はい)⇒具体的に:

・ご自身で自分はどのような性格だと思われますか？()

* 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。