

幼児～児童思春期用（中学生までの方） 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな
記入者名 _____ 続柄 _____

ふりがな 患者様氏名	園・学校名
生年月日（西暦） _____年 _____月 _____日	小中学生の場合 _____年 _____組
年齢 _____歳 性別 男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 支援学級 <input type="checkbox"/> 支援学校
ご住所 県 市	お電話番号（ ） - -

今回ご相談したいことや本院へのご希望を具体的（何にいつ頃からお困りか等）に教えてください。

家族構成について教えてください。

	お名前	ご年齢	ご職業	同居	備考
例) 弟	つながり太郎	10歳	〇〇学校4年生	○	
父					
母					
兄・姉・弟・妹					
祖父母など					
祖父母など					
祖父母など					

これまでに医療機関（精神科や心療内科など）や療育機関、相談機関などにご相談されたことがある場合、医療機関や施設名、その時の年齢とご相談内容およびどんな説明を受けたか、現在も通園／通所／通院しているか等、詳しく教えてください。

現在のご様子についてお聞かせください。

睡眠について	問題がある場合
問題が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 朝起きることができない <input type="checkbox"/> 寝すぎてしまう <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> その他 ()
食欲について	問題がある場合
問題が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食べ過ぎてしまう <input type="checkbox"/> 吐き戻しなどがある <input type="checkbox"/> その他 ()
気分について	問題がある場合
問題が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 落ち込み <input type="checkbox"/> 浮き沈み <input type="checkbox"/> 不安が高い <input type="checkbox"/> 悲しくて涙が出る <input type="checkbox"/> 怒りがある <input type="checkbox"/> その他 ()
対人関係について	問題がある場合
問題が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 言葉が遅い <input type="checkbox"/> 指示が通らない <input type="checkbox"/> 行動のコントロールが難しい <input type="checkbox"/> 乱暴・攻撃的 <input type="checkbox"/> 1人でいることができない <input type="checkbox"/> 勝手な行動が多い <input type="checkbox"/> その他 ()
身長・体重を教えてください	現在服用中のお薬があれば教えてください
_____cm _____kg	
これまでの健診で指摘はありましたか？	今までにかかった大きな病気があれば教えてください
<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった あった場合具体的な内容を教えてください ()	
初潮・月経について教えてください	ご家族で精神科・心療内科に通院中の方はいらっしゃいますか？
<input type="checkbox"/> 初潮 (_____ 歳) <input type="checkbox"/> 月経 順調 ・ 不順	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない いる場合はどなたか教えてください ()
出生してから現在に至るまでについて教えてください	
妊娠 _____ 週 _____ 日, 出生体重 _____ g <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 出生時に気になることが <input type="checkbox"/> あった (具体的に _____)	
健診での指摘事項 <input type="checkbox"/> あった (_____ ケ月 or _____ 歳健診で _____)	
首のすわり (_____ ケ月), ひとり歩き (_____ 歳 _____ ケ月), 初めての言葉 (_____ 歳 _____ ケ月)	
1~2, 3歳まではどのようなお子さんでしたか？ (複数回答可)	
<input type="checkbox"/> ミルクの飲みが悪かった, <input type="checkbox"/> 吐きやすかった, <input type="checkbox"/> おとなしかった, <input type="checkbox"/> かんしゃくを良く起こした, <input type="checkbox"/> 人見知りしなかった, <input type="checkbox"/> 過敏だった, <input type="checkbox"/> 夜泣きがひどかった, <input type="checkbox"/> 視線が合いにくかった, <input type="checkbox"/> 抱っこなどを嫌がった, <input type="checkbox"/> 大きな音を怖がった, <input type="checkbox"/> 育てやすく手がかからなかった	

