

## 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。

（記入欄）
-------

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	○○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。

（記入欄）
-------

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 <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 <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 <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 <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
	<hr/> 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	

保育園や幼稚園での様子を教えてください

周囲の子どもと比べてどのような点が気になりますか？

保育士さんなど周囲の大人から何か指摘を受けたりアドバイスされていたらその内容をお書きください。

どんな遊びが好きですか？詳しく教えてください

同年代の子どもとのコミュニケーションに問題はありましたか？もしくは今もありますか？

はい いいえ

「はい」場合はどのような問題がありましたか？具体的に教えてください。

( )

学校での様子を教えてください（小学生以上）

友人とのつきあいはいかがですか？

少ない 普通 多い その他 ( )

出席状況はいかがですか？

毎日出席 遅刻・早退が多い 週1～2回以下で欠席がある 不登校（週3回以上の欠席）  
保健室・相談室を利用 適応指導教室やフリースクールを利用

成績はいかがですか？

上位 中位 下位

得意科目・不得意科目は何ですか？

部活動に入っていたら教えてください

習い事や塾に通っていたら教えてください

趣味があれば教えてください

最後に、保護者から見たお子さんの「良いところ」「長所」もしくは「わが子の自慢したいところ」を自由にお書きください。

質問は以上です。