

児童・思春期外来 問診票①

記載者氏名 _____ 続柄 ()
 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	男・女	生年月日	年	月	日	学校名	小・中・高等学校	年生()	歳)
◎今お困りのこと・ご相談されたいことについてお聞かせください。 ①受診理由 (入院希望／外来通院希望／デイケア希望／その他：具体的に_____) ②お困りの症状について、特に困っている項目には◎をお入れください 不安／意欲がない／疲れやすい／些細なことが気になる／憂うつ／眠れない／途中で目が覚める 早朝に目覚める／起床が困難／緊張が強い／動悸がする／めまいがある／イライラする／ 人に会いたくない／声が聞こえる／物忘れがある／食欲不振／拒食／過食／ 嫌がらせを受けている気がする／ その他：具体的に_____									
◎それはいつ頃から始まり、どのように対応されましたか。									
◎この病院のことはどこから知りましたか。									
◎今まで精神科・心療内科にかかったことがありますか？ ない／ある 年 月～ 年 月 病院 (通院／入院) 年 月～ 年 月 病院 (通院／入院)									
診断名を聞いていますか？ いない／いる 診断名_____									

I 既往歴

◎乳幼児健診で何か問題を指摘されたことはありますか その月年齢と具体的な内容	なし/あり
◎ 今までかかったことのある病気など ひきつけ なし/あり (いつ頃) 頭部外傷 なし/あり (いつ頃) 初潮 未/ 歳 (規則正しい/不規則) その他 なし/あり ()	
◎ アレルギー (薬/食べ物/その他) はありますか 具体的な内容	なし/あり
◎ 次の検査を受けたことがありますか 脳波検査 なし/あり (歳) (施設名と結果) CT・MRI なし/あり (歳) (施設名と結果) 知能検査 なし/あり (歳) (施設名と結果) 心理検査 なし・あり (歳) (施設名と結果)	
◎ 次の手帳をお持ちですか 療育手帳 なし/あり (級) 精神障害者手帳 なし/あり (級)	
◎ これまで他の相談機関に相談されたことはありますか	なし/あり

II 生活のこと

◎出生地 () 都/道/府/県)
◎学歴 ① () 保育園/幼稚園
② () 小学校 通常級/特別支援級
③ () 中学校 通常級/特別支援級/特別支援学校
④ () 高校
◎相談機関や在宅サービスの利用状況についてお聞かせください
①学校の相談機関、スクールカウンセラー等
機関名 _____ 担当者 _____
②教育相談所
機関名 _____ 担当者 _____
③児童相談所
機関名 _____ 担当者 _____
④保健所や支援センター
機関名 _____ 担当者 _____
⑤生活保護の方
機関名 _____ 担当者 _____
⑥その他

III ご家族について

◎ご家庭のことについて
*家庭内の雰囲気は (ふつう/静か/にぎやか/冷たい/暖かい/複雑)
*ご家族間で子育てに関する意見の違いは ない/あり
*ご家族で何か信仰されていますか ない/あり ()
◎家族構成について
父 (歳) 健康・病気・離別・死亡 (いつ)
ご職業 () 最終学歴 (卒)
出身地 () () 人きょうだいの () 番目
子どもへの関わり方 ()
性格 ()
母 (歳) 健康・病気・離別・死亡 (いつ)
ご職業 () 最終学歴 (卒)
出身地 () () 人きょうだいの () 番目
子どもへの関わり方 ()
性格 ()

兄弟姉妹（本人を含め亡くなられた方も記入してください）

生年月日・学年・性格その他

1：男・女（ 歳） _____

2：男・女（ 歳） _____

3：男・女（ 歳） _____

4：男・女（ 歳） _____

5：男・女（ 歳） _____

父方祖父（ 歳）健康・病気・死亡 父方祖母（ 歳）健康・病気・死亡

母方祖父（ 歳）健康・病気・死亡 母方祖母（ 歳）健康・病気・死亡

◎現在、御家族の方で複雑な事情がおありの方はその事情をお書き下さい（なし／あり）

◎御家族の方で精神科を受診されたことのある方はいらっしゃいますか（いない／いる）

◎お子様がお生まれになってから転居や転校をしていたらその時期と場所をお書き下さい
（なし／あり）

◎診察の前に医師に伝えたいことはありますか

ありがとうございました