

児童思春期問診票

記入日： 年 月 日

これは診察を行うにあたり大切な資料となりますので、以下の内容についてご記入をお願いします。

本人氏名 _____ 性別 男女 生年月日 年 月 日 年齢 歳 ヶ月
 記入者氏名 _____ 本人との関係 _____ 来院同伴者 いない いる（続柄 _____）
 学校名（園名） _____ 園・小学校・中学校 学年 年 組
 身長/体重 cm/ kg 月経 初潮前 順調（初潮 歳） 不順

今一番つらいこと、お困りの症状は何で、それはいつ頃からですか？

その他、相談したい症状やお困りのことはありますか？

学校に行けない じっとしてられない 友達が上手につくれない 勉強についていけない
意欲が湧かない 感情が不安定 興奮しやすい 生きているのが嫌になる 被害的になる
実際には聞こえない声が聞こえる 実際にはないものが見える 自分の噂をされていると感じる
ゲームやインターネットの利用が過剰（いつから： 歳 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？なに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：

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？（はい・いいえ）

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	

これまでに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか？（はい・いいえ）

糖尿病（ 歳頃）高血圧（ 歳頃）心臓病（不整脈を含む）（ 歳頃）肝炎（ 歳頃）
喘息（ 歳頃） 結核（ 歳頃）熱性けいれんやひきつけ（ 歳 カ月頃）
手術歴（なし・あり： _____）
その他（ _____）

薬や食べ物にアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

卵 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他の食品・薬（ _____）

現在、飲んでいる薬はありますか？

（はい→内容： _____）	お薬手帳や薬剤情報提供書はお持ちですか？
/いいえ）	（はい・いいえ）

現在の様子（受診日頃）をお聞かせください。

食事 三食食べている食欲がない過食 拒食 拒食 過食嘔吐 （ ）

睡眠 規則正しい 眠れない 寝すぎる 朝起きれない 夜中に目が覚める 昼夜逆転

気分 イライラ 不安 すぐ泣く すぐ怒る 気分の波がある
落ち込んでいる引きこもりがち

人間関係うまく協力できないうまく話せない乱暴一人でいることが出来ない自分勝手
その他（具体的に： ）

休日の過ごし方：

ご家族構成について教えてください

名前	続柄	生年月日	職業(学年)	同居	精神科・心療内科受診歴
				有・無	有（病名： ）
				有・無	有（病名： ）
				有・無	有（病名： ）
				有・無	有（病名： ）
				有・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	妊娠中に気になることはありましたか？（はい→具体的に： /いいえ）
	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）
	出産後、出産前後で気になることはありましたか？（はい→具体的に： /いいえ）
	1歳6カ月検診で指摘はありましたか？（はい→具体的に： /いいえ）
	3歳児検診で指摘はありましたか？（はい→具体的に： /いいえ）
乳児期	5歳児検診で指摘はありましたか？（はい→具体的に： /いいえ）
	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）
	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？（はい・いいえ） <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 大人しく手がかからない <input type="checkbox"/> 大きな音や声を嫌がる <input type="checkbox"/> 迷子になりやすい <input type="checkbox"/> 癩癩を起しやすい <input type="checkbox"/> 抱っこや手つなぎを嫌がる <input type="checkbox"/> 指先で興味のあるものを伝えられない <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）
幼児期	保育園や幼稚園に通いましたか？（はい→園名： [] 歳から/いいえ）
	園や集団の中で、どのような様子でしたか？ <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れにくい <input type="checkbox"/> 母(保護者と離れにくい) <input type="checkbox"/> 集団行動ができない <input type="checkbox"/> 人見知り <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"/> 仲の良い友達がいない <input type="checkbox"/> 喧嘩・トラブルが多い <input type="checkbox"/> 友達と積極的に遊ぶ <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）
	運動会や発表会などの行事への参加は、どのような様子でしたか？ <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： ）
	幼児期の間で様子に当てはまるものはありますか？（はい・いいえ） <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 人見知りや場所見知りがある <input type="checkbox"/> 物、場所、衣類、食等のこだわりが強い <input type="checkbox"/> パニックや癩癩がある <input type="checkbox"/> 迷子になりやすい <input type="checkbox"/> 興味のあることへの知識量が多い <input type="checkbox"/> 指示に従いにくい <input type="checkbox"/> 音や臭いに敏感 <input type="checkbox"/> 切り替えが苦手 <input type="checkbox"/> 手先が不器用 <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）

幼 児 期	どのような遊びが好きでしたか？ ()
	先生からは、どのような子と言われていましたか？ ()
	療育機関に通ったことがありますか？（はい→機関名： /いいえ）
小 学 校	小学校について教えてください（学校名：) 転校経験： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 公立小学校（ <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 支援学級） <input type="checkbox"/> 私立小学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
	出席状況について教えてください <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） <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)
	学習の理解はどうでしたか？（ <input type="checkbox"/> 理解出来ていない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく理解できている） 得意な科目（) 苦手な科目（) 苦手な学習（ <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 音読 <input type="checkbox"/> 習字 <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（)
	先生からは、どのような子と言われていましたか？ ()
	学校生活での様子で当てはまるものはありますか？（はい・いいえ） <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れる <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 片付けや整理整頓ができない <input type="checkbox"/> 運動が苦手 <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"/> 新学期や新学年など新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 仲の良い友達がいない <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 友達トラブルが多い <input type="checkbox"/> 不器用 <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)
	中学校について教えてください（学校名：) 転校経験： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 公立小学校（ <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 支援学級） <input type="checkbox"/> 私立小学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
中 学 校	成績はどうでしたか？（ <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位） 得意な科目（) 苦手な科目（)
	部活動に入部していますか？（はい→部活名：)
	先生からは、どのような子と言われていましたか？ ()
	学校生活での様子で当てはまるものはありますか？（はい・いいえ） <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 善悪の判断が出来ない <input type="checkbox"/> 仲の良い友達がいない <input type="checkbox"/> 友達トラブルが多い <input type="checkbox"/> 異性との交際経験がある <input type="checkbox"/> ぼーっとしていることがある <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れる <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い、片付けや整理整頓ができない <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言がある <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)

* 問診票は以上です。記入漏れがないかご確認をお願いします。



心療内科・精神科・神経内科・内科

しおかぜ病院