

初診

## 児童思春期 問診票 (対象:18歳以下の方)

記入日 : 年 月 日

ふりがな  
記入者氏名 :

続柄 :

ふりがな

患者氏名 :

性別 : 男 ・ 女

年齢 : 歳

生年月日 : 年 月 日

学校名 : 年 組

 通常学級  通級  ことばの教室  支援学級

## ○家族構成についてご記入ください。

	名前	年齢(学年)	職業	同居
例) 兄	太郎	14歳(中2)	〇〇中学校	○
父				
母				
兄・姉・弟・妹				
兄・姉・弟・妹				
兄・姉・弟・妹				
兄・姉・弟・妹				
その他(祖父母等)				

## ○アレルギーといわれたことはありますか？

はい ( )

いいえ

## ○1歳半健診、3歳児健診での指摘はありましたか？

はい(1歳半 ・ 3歳 : )

いいえ

## ○今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい( )

いいえ

## ○現在飲んでいる薬があれば教えてください。

はい(内容 )

いいえ

## ○ご家族の中に精神科・心療内科にかかれたことのある方はいますか？

はい( )

いいえ

## ○現在、下記の症状があれば☑してください。

- 強迫症状(手洗いなど)  夜尿  
 チック  睡眠障害  感覚過敏  
 腹痛・頭痛  被害妄想

 初潮( )  月経(順調・不順)

身長 cm 体重 kg

## ○今日相談したいことは何ですか？具体的にお書きください。

(いつごろから、どのような症状があった…等)

## ○現在の通園、登校状況を教えてください。

- 毎日出席  遅刻・早退が多い  
 時々休む  保健室や適応教室へ登校  
 不登校(年のころから)

## ○これまでに精神科・心療内科・療育機関、相談機関などにご相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容

## ○本日受診することをお子さんにどのように説明しましたか？

## ○当クリニックにどのようなことを希望されますか？

- 診断  検査  
 対応について  今後について  
 家族相談  
 その他( )

○生まれてから、現在に至るまでのことを教えてください。現在の年齢のところまでご記入ください。

出生時・乳児期	1)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
	2)出産時、または出産前後で何か気になることがありましたか？ <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった (具体的に _____ )
	3)発達について 健診での指摘はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:( _____ )歳児健診で( _____ )を指摘された ひとり歩き( _____ ヶ月)   初めての言葉( _____ ヶ月)
	4)1～3歳くらいまでのお子さんの様子で当てはまるものにチェックをしてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> おとなしく、手がかからなかった <input type="checkbox"/> かんしゃくをおこしやすい <input type="checkbox"/> 視線が合いにくかった <input type="checkbox"/> 抱っこや手をつなぐのを嫌がった <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になった <input type="checkbox"/> 大きな声や音を怖がった <input type="checkbox"/> その他・気になったことなど( _____ )

幼児期	1)幼稚園や保育園に通いましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:( _____ )歳から <b>園名:</b> _____
	2)療育機関に通ったことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:( _____ )歳から <b>機関名:</b> _____
	3)園や集団場面ではどのようなお子さんでしたか？ <input type="checkbox"/> 母と離れにくかった <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れづらかった <input type="checkbox"/> 人見知りがあった <input type="checkbox"/> 活動を飛び出すことがあった <input type="checkbox"/> お友達と積極的に遊んでいた <input type="checkbox"/> 一人でいることが多かった <input type="checkbox"/> お友達に誘われたら遊んでいた
	4)運動会や発表会など行事への参加の様子 <input type="checkbox"/> 問題なかった <input type="checkbox"/> 参加できなかった <input type="checkbox"/> 練習と本番とで様子が違った(具体的に: _____ )
	5)保育士の先生からはどんな子と言われていましたか？ ( _____ )
	6)どんな遊びが好きでしたか？ ( _____ )
	7)3～6歳くらいまでのお子さんの様子で当てはまるものにチェックしてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になった <input type="checkbox"/> 物や場所、衣服、順番にこだわりがあった <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しかった <input type="checkbox"/> パニックや痙攣がひどかった <input type="checkbox"/> 音やにおいに敏感だった <input type="checkbox"/> 手先が不器用だった(ボタンやハサミ使い) <input type="checkbox"/> 興味のある事への知識量がすごく多い <input type="checkbox"/> 指示に従いにくかった <input type="checkbox"/> 落ち着きがなかった <input type="checkbox"/> 人見知りや場所見知りがあった <input type="checkbox"/> その他・気になったことなど( _____ )

小学校	<p>1) 小学校について教えてください。 <u>学校名:</u> <span style="float: right;">転校経験: <input type="checkbox"/>なし ・ <input type="checkbox"/>あり</span>  <input type="checkbox"/> 公立小学校: (<input type="checkbox"/>通級学級 ・ <input type="checkbox"/>言葉の教室 ・ <input type="checkbox"/>支援学級) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 私立学校</p>
	<p>2) 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・適応指導教室への登校 <input type="checkbox"/> 不登校( 年生の頃)</p>
	<p>3) 学校生活について当てはまるものにチェックしてください。(複数回答可)  <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、無断で席を離れることがある <input type="checkbox"/> ぼーっとしていることがある  <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 空気の読めない振る舞い、発言がある  <input type="checkbox"/> 一人であることが多い <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い  <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 不器用である  <input type="checkbox"/> 野球やマット運動など運動が苦手だ  <input type="checkbox"/> 新学期など新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる  <input type="checkbox"/> その他・気になったことなど( )</p>
	<p>4) 学習面について教えてください。成績は、 <input type="checkbox"/>上位 <input type="checkbox"/>中位 <input type="checkbox"/>下位 :平均(約 点)          学習の中で極端に苦手なものがあったらチェックをしてください。(複数回答可)  <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:( )</p>
	<p>5) 学校の先生からはどんな子とされていますか?          ( )</p>

中学校	<p>1) 中学校について教えてください。 <u>学校名:</u> <span style="float: right;">転校経験: <input type="checkbox"/>なし ・ <input type="checkbox"/>あり</span>  <input type="checkbox"/> 公立中学校: (<input type="checkbox"/>通級学級 <input type="checkbox"/>支援学級) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 私立中学校</p>
	<p>2) 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・適応指導教室への登校 <input type="checkbox"/> 不登校( 年生の頃)</p>
	<p>3) 学校生活について当てはまるものにチェックしてください。(複数回答可)  <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> よく物を失くしたり、物を探すことがある  <input type="checkbox"/> 授業中、無断で席を離れることがある <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手だ  <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 空気の読めない振る舞いや発言をよくする  <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人であることが多い  <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができていない  <input type="checkbox"/> その他・気になったことなど( )</p> <p>部活に入部している : <input type="checkbox"/>いいえ ・ <input type="checkbox"/>はい ( 部)</p>
	<p>4) 学習面について教えてください          成績は、<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位 です。          得意な科目は( )で、苦手な科目は( )です。</p>
	<p>5) 学校の先生からはどんな子とされていますか?          ( )</p>

高 校	1) 高校について教えてください。      学校名: _____      転校経験: <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 公立高校 <input type="checkbox"/> 私立高校
	2) 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"/> 不登校(      年生の頃)
	3) 学校生活について当てはまるものにチェックしてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> よく物を失くしたり、物を探すことがある <input type="checkbox"/> 授業中、無断で席を離れることがある <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手だ <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 空気の読めない振る舞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"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができていない <input type="checkbox"/> その他・気になったことなど(      )
	部活に入部している : <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい (      部)
	4) 学習面について教えてください 成績は、 <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位      です。 得意な科目は(      )で、苦手な科目は(      )です。
5) 学校の先生からはどんな子とされていますか? (      )	

## 現在の様子

- 1) 睡眠の問題       ある      ・       ない  
 眠れない       寝すぎる       朝起きられない  
 夜中に目が覚める       昼夜逆転  
 その他(      )
- 2) 食欲       ある      ・       ない
- 3) 気分の問題       ある      ・       ない  
 イライラしている       引きこもっている       落ち込んでいる  
 すぐ泣く       すぐ怒る  
 気分にムラがある       その他(      )
- 4) 親子関係・兄弟・仲間関係で気になること       大いにある       ある       ない  
 うまく協力できない       うまく話せない       乱暴をする  
 一人での事ができない       一人勝手な行動が多い       決まった友達がいない  
 その他(      )
- 5) 休日の過ごし方 (できるだけ具体的にご記入ください)  
(      )
- 6) その他、気になること  
(      )
- 7) 現在の状況をご両親はどのように考えておられますか。またどのようなことを望んでおられますか。  
(      )

\*問診票はここまでです。記入漏れがないかご確認ください。