

向陽台病院 問診票 (児童思春期用 高校生まで)

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	H・R	年	月	日
名前		男・女					
現住所	〒 —		連絡先	— —			
学校名			担任名前				
クラス	普通クラス・支援クラス ⇒	支援クラスの場合(知的・情緒・その他) _____年生_____月~					
記入者名前	(続柄:)						

★新型コロナワクチン接種状況★

未接種 ・ 接種済み(予定) 1回目: 月 日 / 2回目: 月 日

わかる範囲で結構です。ご記入ください。

1. 受診希望の理由

①どのようなことがお困りで受診されましたか？

(いつ頃からどのようなことがあったのか、簡単にお書き下さい。)

()

②当てはまるものにチェックをつけてください。(複数チェック可)

- 集中力が続かない 落ち着かない 注意散漫 場に合わない言動 集団行動が苦手
- コミュニケーションが苦手 学習が苦手(読み・書き・計算) こだわりが強い
- 言葉が強い 手が出やすい 物に当たる カッとなりやすい 喧嘩が多い
- イライラ かんしゃく パニック 母子分離の不安がある
- やる気が出ない 眠れない 気分の落ち込み 不安が強い
- 気分の波が激しい 食欲がない 死にたい気持ちがある(発言が聞かれる)
- ゲームやスマホの問題 登校の問題 生活リズムが崩れている
- 頭痛や腹痛など身体的な問題 食事に関する問題(拒食・過食) チック 抜毛
- 自傷行為(リストカット・薬を多量に飲むなど)
- 声が聴こえる 見張られている感じがする
- 診断書作成希望

2.発育・発達歴

- ◆妊娠中の異常 なし あり()
- ◆産院名() ◆在胎()週 ◆分娩所要時間()分
- ◆分娩 正常分娩 その他()
- ◆出生時の異常 なし あり(仮死・チアノーゼ・その他)
- ◆薬や注射の使用 なし あり()
- ◆出生時体重()g ◆身長()cm ◆頭囲()cm
- ◆保育器 なし あり(期間:) ◆授乳 母乳 ミルク 混合
- ◆黄疸 軽度 中度 重度 ◆光線療法 受けた 受けなかった
- ◆新生児の異常 なし あり()
- ◆首の座り()ヶ月 ◆歩き始め()ヶ月 ◆話し始め()ヶ月
- ◆健診での指摘 1歳半健診 なし あり→内容()
3歳時健診 なし あり→内容()
- ◆家庭で気になる行動 人見知り かんしゃく おしゃぶり 爪噛み チック 不眠
その他()
- ◆幼稚園や保育園から指摘 ()
- ◆幼少期の性格()
- ◆初経()歳 ※女性のみ

3.これまでの様子

◆ 保育園・幼稚園 歳 ~ 歳まで

登園渋り なし あり

集団行動 気にならない 気になる()

友人関係 みんなと遊ぶ 一人遊びが多い その他()

◆ 小学校

成績 良い 真ん中 悪い()

欠席 少ない 多い()

友人関係 気にならない 気になる()

◆ 中学校

成績 良い 真ん中 悪い()

欠席 少ない 多い()

友人関係 気にならない 気になる()

◆ 高校 または 中学卒業以降の様子

成績 良い 真ん中 悪い()

欠席 少ない 多い()

友人関係 気にならない 気になる()

4. これまでに、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

あり なし

医療機関名	疾患名	治療期間	治療状況
		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院

※内服中の薬があれば

薬品名：()

※お薬手帳や薬の情報をお持ちでしたらお知らせください。

5. 身体の病気・アレルギーについて

①これまでに治療された身体の病気はありますか？

あり なし

医療機関名	疾患名	時期または年齢	治療状況
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断

※内服中の薬があれば

(薬品名：)

②アレルギーはありますか？

なし あり()

※内服中の薬があれば

(薬品名：)

6. 家族構成について

名前	続柄	年齢	職業・学校名	同居者
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居

※ご家族、親戚の中で心療内科・精神科にかかれた方はいらっしゃいますか？

いない いる(続柄： 病名：)

7. 利用中の制度等について

①利用中の制度があればチェックしてください。

療育手帳() 精神障害者保健福祉手帳(級) 身体障害者手帳(級)

自立支援医療 特別児童扶養手当 障害児福祉手当

その他()

②関わりのある機関があればチェックと()に担当者名を記入してください。

- スクールカウンセラー() スクールソーシャルワーカー()
保健師() 児童相談所() 相談支援事業所()
放課後等デイサービス() ショートステイ()
その他()

※関係機関との連携・情報交換 同意する 同意しない

8. 当院をどこでお知りになりましたか。

- 他医療機関(医療機関名:) 看板 インターネット 電話帳
家族 知人・友人 パンフレット 新聞 学校 行政
その他()

以上です。ありがとうございました。当日、受付までお持ちください。