

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 → 最終接種日: 年 月 日(回目)

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 ☐ カツとなりやすい ☐ 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	☐ 外来 ☐ 入院
		年 月 ～ 年 月	☐ 外来 ☐ 入院
		年 月 ～ 年 月	☐ 外来 ☐ 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)	☐ 治療中 ☐ 治癒 ☐ 中断
		年 月 (歳)	☐ 治療中 ☐ 治癒 ☐ 中断
		年 月 (歳)	☐ 治療中 ☐ 治癒 ☐ 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。