

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	西暦	年	月	日
名前		男・女	月日				( 歳)
現住所	〒 - -						
連絡先	- -						
学校名		学年	担任名				
		年					
クラス	通常級・支援級・支援学校	支援級の場合 (知的・情緒・その他) 年生 月~					
記入者名	(続柄: )						

わかる範囲でご記入ください

1. 受診の理由

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
- カットなりやすい
- 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
- 気分の波が激しい
- やる気が出ない
- 気分の落ち込み
- 不安が強い
- 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
- 眠れない
- 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 ( ) 時間
- ◆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 ( )

裏面に続きます

#### 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（薬の名前： \_\_\_\_\_）

※お薬手帳や薬の情報をお持ちでしたらスタッフにお知らせください

#### 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	時期又は年齢	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（薬の名前： \_\_\_\_\_）

※お薬手帳や薬の情報をお持ちでしたらスタッフにお知らせください

②アレルギーはありますか

食物 なし あり（ \_\_\_\_\_ ）

薬物 なし あり（ \_\_\_\_\_ ）

※内服中の薬があれば（薬の名前： \_\_\_\_\_）

※お薬手帳や薬の情報をお持ちでしたらスタッフにお知らせください

③身体・栄養について

身長	cm	体重	kg	下腿周囲長（ふくらはぎの一番高い所）	cm
----	----	----	----	--------------------	----

**16歳未満は下腿周囲長の測定は不要です** 測定用メジャーは、外来処置室に準備してあるものをご利用ください

①現在、食欲はありますか

ある ない ありすぎる

②過去3ヶ月間に食欲不振、消化器系の症状、嘔みにくい、飲みこみにくいなどの理由で食事量の減少はありましたか

なし ある

③過去3ヶ月間で体重の増減はありましたか

なし 体重が減った 体重が増えた わからない

④③で“体重が減った”を選んだ方にお尋ねします。どのくらいの体重減少がありましたか

1~2kg 3~4kg 5kg以上 10kg以上

#### 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（ \_\_\_\_\_ ）

質問は以上です。ありがとうございました。問診票は受付までお持ちください。