

問診票 しもでメンタルクリニック平岸分院 (18歳未満用)

記入年月日 年 月 日 記入者氏名 (本人との関係)

<本人の情報>

(ふりがな) 氏名		(男・女)	生年 月日	H・R	年 月 日 (歳 か月)
現在の 学校 または園	学校 ()年()組 幼稚園 年少・年中・年長 保育園 ()歳児クラス		担任 先生		
保護者 氏名	(ふりがな)	本人と の関係		職 業	
住所・電話番号					
〒 -					
自宅 : - - 携帯電話 (連絡がとれる番号) : - -					
同伴者 氏名		本人との 関係			
同伴者 氏名		本人との 関係			
紹介機関 紹介者名					

家族構成についてご記入ください

本人との続柄	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				
その他 (祖父母等)				
その他 (祖父母等)				

この問診票は、ご本人の診断やこれからの治療や療育についての方針を立てるための大切な資料となります。今までのお子さんの様子を思い出し、母子手帳などの記載も参考にして、以下の項目にお答えください。項目にあてはまらなくても、それに関連したことで気になることがございましたら、余白にご自由にご記載ください。

<主 訴>

1. 来院されたのはどのような心配や問題のためでしょうか？

2. 心配や問題が始まった時期は、いつ頃でしょうか？

_____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃 (_____ 年生 _____ 学期頃)

どんなことがきっかけでしたか？心配や問題の経緯について簡単にお書きください。

<相談歴・受診歴>

3. 上記の心配や問題のことで今までに（医療以外の）相談機関に相談したことはありますか？

歳 (年生) ~ 歳 (年生) まで	どこに :
歳 (年生) ~ 歳 (年生) まで	どこに :
今も相談中	どこに :

4. 就学前に通っていた・いるところ（児童発達センター・地域の親子教室など）はありますか？

歳 (年生) ~ 歳 (年生) まで	どこに :
歳 (年生) ~ 歳 (年生) まで	どこに :
今も相談中	どこに :

5. 上記の心配や問題のことで今までに医療機関で治療を受けたことがありますか？（ある・ない）

年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名 :	左記の期間の状態と治療内容 :
年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名 :	左記の期間の状態と治療内容 :
今も治療中 医療機関名 :	治療内容

6. 今までに心理検査や脳波などの検査を受けたことがありますか？

検査名：	年 月（ 歳）、年 月（ 歳）
検査名：	年 月（ 歳）、年 月（ 歳）
検査名：	年 月（ 歳）、年 月（ 歳）

7. 障害者手帳をお持ちですか？ (持っていない ・ 持っている)

療育手帳 () 級 (年 月 日) 発行

精神障害者保健福祉手帳 () 級 (年 月 日) 発行

身体障害者手帳 () 種 () 級 (障害名：)

<周産期・発達歴・既往歴> (母子手帳の記載を参考にしてください)

8. 妊娠中のお母さんの健康状態について教えてください。

・初回妊娠の時の年齢 _____ 歳

・流産の経験はございますか？ (あり ・ なし)

⇒「あり」とお答えの方 それはいつですか？ 第 _____ 子 のとき

・ご本人を妊娠されている際に、異常はありましたか？ (あり ・ なし)

⇒「あり」とお答えの方 具体的に以下にご記載ください。

9. 出生時および新生児期について教えてください。

・在胎週数 _____ 週 _____ 日 (出産予定日 _____ 月 _____ 日)

・出産時体重 _____ g

・出生時に下記の状況があれば、☑を付けてください。

鉗子 / 吸引分娩 帝王切開 (理由： _____)

骨盤位 (逆子) 陣痛微弱 早期破水 臍帯巻絡

その他 (_____)

・生まれてからすぐ泣きましたか？

(すぐ泣いた ・ しばらく [] 分くらい泣かなかつた)

・保育器を利用しましたか？

(しなかつた ・ した [] 日間 理由： [_____])

・栄養について (母乳 ・ 混合 ・ 人工栄養)

・出生時のご両親の年齢 (父 _____ 歳 ・ 母 _____ 歳)

・分娩場所 (産科病院名) _____

10. 乳幼児期の発達について教えてください。

目が見える (月) はいはいができる (月)
首がすわる (月) 伝い歩きができる (月)
寝返りができる (月) ひとり歩きができる (月)
おすわりができる (月) 意味ある単語 (月)
あやすと笑う (月 ・ あまり笑わなかった)
人見知り (月頃から ・ 人見知りしなかった)
後追い (月頃から ・ 後追いしなかった)
パパ、ママなどの簡単な言葉を使う (歳 月、はじめて話した単語：)
二語文を話す (歳 月、はじめて話した二語文：)
文字を読む (歳 月、はじめて読んだ文字：)
排泄自立 (排尿： 歳 月、 排便 歳 月)

・どんな印象の赤ちゃんでしたか？(睡眠・期限・排泄・食事など)

育てやすかった ()
育てにくかった ()

11. ことばについて教えてください。

・最初に意味があることばを言い始めたのはいつですか？ (歳 月)
・それはなんという言葉でしたか？ ()
・いったん話していた言葉がいえなくなったことがありますか？ (あり ・ なし)
・現在、言える言葉は、どんな言葉ですか？ ()

周囲の人の言った言葉をどのくらい理解できますか？あてはまるものに☑をしてください。

ほとんどわからない 簡単なことは理解する ほとんどのことは理解する

・現在、言葉について、何か心配なことはありますか？ ()

12. からだの病気とアレルギーの有無について教えてください。

・今までに大きな病気をしたことがありますか？ (あり ・ なし)

⇒ありとお答えの方：それはいつ頃、どんな病気でしたか？

・薬品や食品に対するアレルギーを指摘されたことがありますか？ (あり ・ なし)

ありの場合→対象についてお答えください。(薬品： 食品：)

・ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？ （あり・なし）

⇒ありとお答えの方：それはいつ頃、どんな様子でしたか？

年 月（ 歳 カ月）の時 これまでに 回 ひきつけの様子について簡単に教えてください。
--

・ひきつけの際、発熱はありましたか？ （あり・なし）

13. ご家族・ご親戚で精神科・心療内科へ通院歴・入院歴のある方は以下に記載をお願いします。

続柄	病名	病院名

<生育歴・学歴>

14. ご本人が生まれたとき、どこに住んでいましたか？

（ ）都・道・府・県（ ）市・区・町・村

15. 好きな遊びは？ （ ）

兄弟、姉妹やお友達良く遊びますか？ （あり・なし）

16. 主な養育者は誰ですか？

母親・父親・祖父・祖母・その他（ ）

17. 幼稚園・保育園に通っていたことがありますか？ （あり・なし）

いつ	どこに	その時の様子
年 月（ 歳 カ月）から 年 月（ 歳 カ月）まで	（幼稚・保育）園	
年 月（ 歳 カ月）から 年 月（ 歳 カ月）まで	（幼稚・保育）園	
年 月（ 歳 カ月）から 年 月（ 歳 カ月）まで	（幼稚・保育）園	

18. 小学校、中学校、高校、特別支援学校について（転校経験があれば、学校ごとにご記入ください）

学校名	学級	在籍期間
	通常・特別支援	年 学期 ～ 年 学期
	通常・特別支援	年 学期 ～ 年 学期
	通常・特別支援	年 学期 ～ 年 学期
	通常・特別支援	年 学期 ～ 年 学期
	通常・特別支援	年 学期 ～ 年 学期

19. 得意科目と苦手科目、部活動と習い事をおしえてください。

得意科目		苦手科目	
部活動		習い事	

20. 保育園・幼稚園・学校での集団生活上の問題で、あてはまるものにチェックしてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・学校に行かない | <input type="checkbox"/> 対人関係がうまくいかない、友だちができない |
| <input type="checkbox"/> 集団行動ができない | <input type="checkbox"/> 学校でいじめられる |
| <input type="checkbox"/> 勉強がおくれている、授業についていけない | <input type="checkbox"/> 学校で暴力・暴言がひどい、級友をいじめる |
- ・集団生活、対人関係（家族以外の大人や子どもとの関わり）で心配なことがあればお書きください。

21. お子さんの行動で当てはまった（当てはまる）ものに、☑をつけてください。

《出生から1歳半まで》

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 視線が合いづらかった | <input type="checkbox"/> あやしても笑わなかった |
| <input type="checkbox"/> 抱っこされても抱きつかなかった | <input type="checkbox"/> 「いないいないばあ」をしても関心を示さなかった |
| <input type="checkbox"/> 人見知りをしなかった | <input type="checkbox"/> 人見知りが強かった |
| <input type="checkbox"/> 有意味語（マンマ、ワンワン）がなかった | <input type="checkbox"/> 大きな音や声にも反応しなかった |
| <input type="checkbox"/> 夜泣きが激しかった | |

《1 歳半から 3 歳まで》

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 動きすぎるところがあった | <input type="checkbox"/> よく迷子になった |
| <input type="checkbox"/> 母親に甘えることが少なかった | <input type="checkbox"/> 母親が見えなくても平気で遊んでいた |
| <input type="checkbox"/> 興味があるものを見つけると母親から離れていき、名前を呼んでも振替らなかった | |
| <input type="checkbox"/> ひとりの時の方が、機嫌が良かった | <input type="checkbox"/> 他の子どもに関心がなかった |
| <input type="checkbox"/> オツムテンテン、バイバイなどの真似をしなかった | <input type="checkbox"/> 指さした方向を一緒に見ようとしなかった |
| <input type="checkbox"/> 「ちょうだい」に応じなかった | <input type="checkbox"/> 簡単な会話（例 ぼくお腹空いた）ができなかった |
| <input type="checkbox"/> 小さな音にも敏感だった | <input type="checkbox"/> 身体に触れられることを嫌がった |

《3 歳から就学まで》

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 片時もじっとしていなかった | <input type="checkbox"/> よく迷子になったが、迷子になっても平気だった |
| <input type="checkbox"/> 遊びの順番が待てなかった | <input type="checkbox"/> ポーっとしていることが多かった |
| <input type="checkbox"/> よくものを失くした | <input type="checkbox"/> 視線が合わないことを他人から指摘された |
| <input type="checkbox"/> 作ったものを親に見せたり自慢したりしなかった | <input type="checkbox"/> 作ったものを親に見せたり自慢したりしなかった |
| <input type="checkbox"/> 困った時に助けを求めることが少なかった | <input type="checkbox"/> ほめられても喜ばなかった |
| <input type="checkbox"/> 他の子どもと遊ぶのを好まなかった | <input type="checkbox"/> 集団で他の子どもと同じ行動がとれなかった |
| <input type="checkbox"/> 誰にでも物怖じせずに話しかけた | <input type="checkbox"/> ごっこ遊び・ふり遊びがなかった |
| <input type="checkbox"/> 周りの人の感情に対して、無関心であったり、共感を示さなかった | |
| <input type="checkbox"/> すごくおしゃべりだった | <input type="checkbox"/> 一方的に自分の言いたいことだけを話した |
| <input type="checkbox"/> その日の出来事を自分から話さなかった | <input type="checkbox"/> 人の言った言葉をその通りに繰り返した |
| <input type="checkbox"/> 会話が噛み合わなかった | <input type="checkbox"/> 奇声を発した |
| <input type="checkbox"/> いつもやる動作があった（例：身体をゆるす、脚を叩く） | |
| <input type="checkbox"/> ものの置き場所、動作の手順など、いつもと同じでないことも嫌がった | |
| <input type="checkbox"/> 同じビデオを何回も繰り返し観ていた | <input type="checkbox"/> 図鑑をいつも見ていた |
| <input type="checkbox"/> 1 つのこと（例：虫、電車）が大好きで大人顔負けの知識があった | |
| <input type="checkbox"/> 特定のコマーシャルをすごく好んだ | <input type="checkbox"/> 記号、マーク、看板に強い興味を示した |
| <input type="checkbox"/> 水や砂を落とすといった単調な遊びを何時間も続けた | |
| <input type="checkbox"/> ものを単純に並べて遊ぶことが好きだった | <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しかった |
| <input type="checkbox"/> 予定の変更でパニックになった | <input type="checkbox"/> 思い通りにならないとかんしゃくを起こした |
| <input type="checkbox"/> 自分を傷つけた（例：頭や顔を叩く等） | |

ご記載いただき誠にありがとうございました。

ご記載いただいた個人情報、診療のために利用し、他に利用することはありません。

ただし、個人の特定できない形で複数例を集計したデータを、診療統計や研究に用いることがあります。