

おかざきよろず心のクリニック問診票

記入日： 年 月 日

受診日： 年 月 日

記入者名		受診者から見ての続柄 ()	
受診者	フリガナ：	生年月日	
	氏名： 性別：男・女	年 月 日 (歳)	
	住所：〒 -		
	☎自宅 ()	携帯 - -	
受診者以外の連絡先	下記連絡先の利用について <input type="checkbox"/> 緊急時のみ利用 <input type="checkbox"/> 常時優先		
	フリガナ：	生年月日	
	氏名： (続柄：)	年 月 日 (歳)	
	住所：〒 -		
	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ		
	☎自宅 ()	携帯 - -	
今後、病院名でお電話を差し上げても構いませんか？ はい/いいえ 名乗り方のご希望をお書きください【 】(未記入の場合病院名でお電話します。)			

<以下の項目にご回答をお願いいたします。また、ご本人以外が記入の場合、問診票に記入された内容は、ご本人の前でお話しさせていただきます。なお、個人情報保護法を遵守しております。>

※該当するものに、○をつける。または、□に✓を入れてください。

1. 当院を紹介された(知った)のは どちらからですか？

他の病院 相談機関(利用中施設) 知人 その他

(具体的な名称 _____)

2. どのようなことに、いつ頃からお困りですか？

(_____)

3. 当院に希望されることは何ですか？

診断して欲しい 診断書を発行して欲しい 今後のために継続フォローしてもらいたい

薬物治療について相談・検討したい 検査や訓練を受けたい その他 (_____)

4. 今まで相談された機関やアドバイスされたことをご記入ください。

機関名	時期(○才~○才)	相談・治療・服薬内容	診断名等

5. 体調についてお伺いします。

既往歴・現病歴 (アレルギー等も含む)	※精神科以外の病名、期間、現在の状態や治療状況についてお知らせください。 □なし □あり ()
服薬状況	□なし □あり ※薬剤名をご記入いただくか、お薬手帳の提出をお願いします。 ()
嗜好品	□なし □お酒 ・種類 _____ ・量 _____ ml/日 □タバコ _____ 本/日) □その他薬物 ()
睡眠	□特に問題なし □寝付けない □寝ていても途中で起きてしまう □早朝に目が覚める □朝起きられない □熟睡感がない □ ()
食事	□問題なし □食欲がない □食べ過ぎる □偏食 □その他 ()
妊娠	□なし □あり (妊娠 _____ カ月)
月経	□規則的 □不規則 □閉経

6. 今までに受けた検査を教えてください。※発達検査は結果(コピー)の提出をお願いします。

検査種類	検査時期	検査実施機関	検査結果
□脳波検査 □CT・MRI □心理検査(WISC・WAIS・ ビネー式・新版K式など)			

7. 未就学時の様子について 該当するものの□に✓を入れ、年齢をご記入ください。

□ 該当なし。 □ 記憶にない。

□目が合わない。 () 歳

□名前を呼んでも振り向かない。 () 歳

□人見知りが激しい。 () 歳

□人見知りをしない。 () 歳

□おとなしくて手がかからない。 () 歳

□言葉の覚えがおそい・言葉が増えない。 () 歳

□オウム返しの返事をする。 () 歳

□会話が続かない・一方通行な会話。 () 歳

□質問が終わらないうちに、答える。 () 歳

□奇妙な行動をする。(つま先歩き、コマのように回る、体を揺する、手をかざして見る等) () 歳

□特定の物に強く興味を持つ。 () 歳

□偏食が激しい。 () 歳

□感覚の過敏さがある。(光、音、触覚、嗅覚など) () 歳

□過去の嫌な事を思い出し、不安定になる。 () 歳

□一人で遊んでいることが多い。 () 歳

□睡眠が不規則。 () 歳

□かんしゃくが激しい。 () 歳

□自分が傷つくことをする。(頭を打ち付ける、手を噛む)等。 () 歳

□よく迷子になる。 () 歳

□じっとしてられない。 () 歳

8. 健診時に指摘・指導された内容がありましたらご記入ください。

- 1才6か月健診 なし 指摘・指導内容 ()
 3才時健診 なし 指摘・指導内容 ()
 就学前健診 なし 指摘・指導内容 ()
 その他の健診 _____ 健診 指摘・指導・相談内容 ()

9. 現在の様子についてご記入ください。

- 極端な不器用がありますか？ なし あり ()
 視力・聴力の問題がありますか？ なし あり ()
 コミュニケーションの問題がありますか？ なし あり ()

10. 学校生活等について

1) 最終学歴(小児、学生の方は在籍校(園)名をご記入ください)

学校名 _____ ・在学中 ・中退(年) ・卒業

2) 在籍校について

未就学時:	<input type="checkbox"/> 通所療育(歳~ 歳)	<input type="checkbox"/> 幼稚園/保育園:(歳~ 歳)	
小学校:	<input type="checkbox"/> 普通学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 成績(上・中・下)
中学校:	<input type="checkbox"/> 普通学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 成績(上・中・下)
中学校卒業後:	<input type="checkbox"/> 進学なし		
	<input type="checkbox"/> 進学あり 全日制 ・ 通信制 ・ 定時制 ・ 専修学校 成績(上・中・下)		
通級指導の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(期間)		

勉強や学習の問題について

- 読み書きについて気になる点がありますか？ 問題なし あり ()
 計算について気になる点がありますか？ 問題なし あり ()

3) 部活動・習い事(※部活、習い事をしていた時期(学年等)も合わせてご記入ください)

4) 集団場面での様子

- ①集団行動 問題あり・問題なし ③行事(運動会・発表会・宿泊旅行等)の参加 問題あり・問題なし
 ②友人関係 問題あり・問題なし ④その他トラブル 問題あり・問題なし

「問題あり」に○を付けられた方は「いつ頃(学年・年齢)」「どんな内容か」をお書きください。

()

5) これまでの様々な問題について(あったものに○をつけてください)

- ①不登校 ②家庭内暴力 ③いじめを受けた ④教師とのトラブル ⑤非行の問題 ⑥特になし

○をつけられた方は、問題が起こった「時期」「きっかけ」「その時の対応」等をお書き下さい。

()

11. 仕事について

最終職歴（会社名・職種）

_____ □現職（ 年） □休職中 □退職 □職歴無し

12. 利用している制度・サービス等がありましたらお知らせください。

医療費助成	<input type="checkbox"/> 子ども医療	<input type="checkbox"/> 自立支援医療	<input type="checkbox"/> 障害者医療	<input type="checkbox"/> 母子医療	<input type="checkbox"/> 高齢者医療
障害手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳 判定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種	級	
福祉サービス	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		<input type="checkbox"/> 就労支援（移行・A型・B型）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
手当等	<input type="checkbox"/> 障害年金 厚生・基礎 級		<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 級		

13. 家族歴についてお伺いします

_____ 都道府県 _____ 市町村 生まれ/ _____ 人兄弟 第 _____ 子

続柄	年齢	健康状態 (良好・うつ・不登校など)	同居の有無 (同居・別居・離婚・死別など)	職業	関係性
例：父	70	うつ	別居	元製造業	良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他

14. 幼児期・学童期から現在までに、家庭の中に混乱（深刻なご両親の不仲・病気・離婚・経済的危機など）がありましたか。

あり なし 本人には知らせていない（受診者以外が記入の場合）

（ _____ ）

※保護者・同行者の方と一緒にご来院の場合にお知らせ下さい。

①予診（この問診票について確認します）について、同席でよろしいですか？ はい/いいえ

②初回の診察について、同席でよろしいですか？ はい/いいえ

③必要に応じ、本日の検査を実施してよいですか？ はい/いいえ

（心理検査・血液検査・OD検査等）

ご記入ありがとうございました。