

問診表【児童用】

これから初診医による診察を受けていただきます。

診察がスムーズにいくように、恐れ入りますがわかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

なお、ご記入いただいた個人情報は当院での診療行為に関してのみ使用いたします。事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏えいをすることはありません。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者名： _____

患者様との続柄： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他（ _____ ）

ふりがな		男 ・ 女	身長：（ _____ ） cm
氏名			体重：（ _____ ） kg
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）歳		
学年	幼・保・小・中・高・大・（その他） _____ 年		学校名： _____
ご住所	〒 _____		
連絡先	ご自宅： _____ 携帯： _____ [本人・父・母・その他（ _____ ）] クリニックのお名前を出してお電話してもよろしいですか（ はい ・ いいえ ）		

■当院をどちらでお知りになりましたか。

- ホームページ 医療機関の紹介（病院名 _____）
- 知人・友人の紹介 福祉機関からの紹介（施設名 _____）
- 看板を見て 電話帳 タウンページ
- インターネット（どのサイトからですか？→ _____）
- その他（ _____ ）

①今日はどうのような症状でこちらに受診されましたか？

②下記の項目で現在ある症状がありましたらチェックしてください。

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> やる気がでない | <input type="checkbox"/> いらいらする | <input type="checkbox"/> 勉強や授業に集中できない |
| <input type="checkbox"/> 急に気分が落ち込む、不安になる | | <input type="checkbox"/> いつも眠い |
| <input type="checkbox"/> 夜ねれない | <input type="checkbox"/> 物忘れが多い、スケジュール管理が苦手 | |
| <input type="checkbox"/> 突然予定が変更されると、パニックになる | | |
| <input type="checkbox"/> 場の空気が読めない | <input type="checkbox"/> なんとなく不安、恐怖感がある | |
| <input type="checkbox"/> 人前に出ると緊張し、動悸がする、息苦しい | | |
| <input type="checkbox"/> 突然息苦しくなる、動悸がする、めまいがする | | |
| <input type="checkbox"/> 人目が気になる、ずっと見られている感じがする | | |
| <input type="checkbox"/> 悪口を言われている気がする | | |
| <input type="checkbox"/> 他人の考えが分かったり、自分の考えがまわりに伝わっている感じがする | | |
| <input type="checkbox"/> 何度手を洗ってもきれいじゃない気がする | <input type="checkbox"/> 汚れが気になる | |
| <input type="checkbox"/> 落ち着かない、そわそわする | <input type="checkbox"/> 授業中に立ってしまう | |
| <input type="checkbox"/> 食べ過ぎてしまう、吐いてしまう | <input type="checkbox"/> 食欲がない | |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 物の順番や位置が気になる | |
| <input type="checkbox"/> 誰もいないところで声が聞こえる | <input type="checkbox"/> 常に雑念が思いついてしまい、頭から離れない | |
| <input type="checkbox"/> 下痢と便秘を繰り返す | <input type="checkbox"/> 自分が自分じゃない気がする | |
| <input type="checkbox"/> 突然スランプになることがある | <input type="checkbox"/> 電車、バス、飛行機に乗れない | |
| <input type="checkbox"/> 自分の意志とは関係なく、体の一部が動く、声のでてしまう | | |
| <input type="checkbox"/> 自分で自分の体を傷つけてしまう | <input type="checkbox"/> 気分が高くなる | |

③それらの症状はいつからありましたか？

年 月 日（または 歳から）（または 週・月前から）

④症状がでるきっかけ（原因）と思われるようなものはありますか？ ある ・ ない

「ある」とお答えの方はその内容を差しさわりのない範囲で教えてください。

⑤それらの症状について，他の医療・福祉機関（病院・医院・クリニック・児童相談所・市役所・教育センター・療育施設など）に相談したことはありますか？ ある ・ ない

「ある」とお答えの方は医療・福祉機関名と相談時期を教えてください。

医療・福祉機関名	受診・通院・相談されていた時期
例) 名駅さこうメンタルクリニック	2012年5月から2013年1月
1) _____	_____年 _____月から _____年 _____月
2) _____	_____年 _____月から _____年 _____月
3) _____	_____年 _____月から _____年 _____月
4) _____	_____年 _____月から _____年 _____月
5) _____	_____年 _____月から _____年 _____月

⑥今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？

ある （薬品名または食品名： _____）

ない

⑦常用薬はありますか？

ある （薬品名： _____）

ない

⑧今までに体の病気で入院や通院をしたことがありますか？

また現在かかっている病気はありますか？

何歳のときに？	どんな病気で（わかれば病名も）？	どこの医療機関？
例) 24歳	胃潰瘍	東海大学病院
例) 18歳から現在	椎間板ヘルニア	東海大学病院
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____

⑨本日はどなたと来院しましたか（お一人で ・ ご家族で ・ その他 _____）と来院

⑩どなたが受診を希望されましたか？もしくは受診をすすめられましたか？（複数回答可）

本人 ・ 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他（ _____ ）

⑪現在の健康状態について教えてください

- 睡眠 　　　　　 良い ・ 悪い
- 食欲 　　　　　 良い ・ 悪い
- 便秘 　　　　　 良い ・ 便秘 ・ 下痢
- めまい 　　　　 ない ・ ある
- 立ちくらみ 　　 ない ・ ある
- 胸がドキドキ 　 しない ・ する
- 耳鳴り 　　　　 ない ・ ある
- 指しゃぶり 　　 ない ・ ある
- 偏食 　　　　　 ない ・ ある
- チック 　　　　 ない ・ ある

⑫発達や知能の検査をうけたことがありますか？

ある ・ ない

ある方は最新の検査についてご記入ください

- 検査を受けた時期（ _____ 年 _____ 月または _____ 歳頃）
- 検査を受けた場所（ _____ ）
- 検査の種類
新版K式 ・ ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS ・ その他（ _____ ）
- 結果がわかれば（ _____ ）

⑬福祉手帳をお持ちですか？

ない ・ ある

- 療育手帳（等級： _____ ）
- 精神保健手帳（等級： _____ ）
- 身体障害者手帳（等級： _____ ）

⑭ ご家族について教えてください

・現在の家族構成

お名前	年齢	ご関係	同居・別居	学生・職業

・ご家族や他の血縁者（叔父・叔母を含む）の中で精神科や心療内科を受診されたことのある方はいらっしゃいますか？

いる ・ いない

「いる」と答えた方へ 病名 _____ 続柄 _____ 通院 ・ 入院
 病名 _____ 続柄 _____ 通院 ・ 入院

・ご家族の方の中で現在病気の方や、病気で亡くなられている方はいらっしゃいますか？

いる ・ いない

「いる」と答えた方へ 病名 _____ 続柄 _____ 通院 ・ 入院
 病名 _____ 続柄 _____ 通院 ・ 入院

⑮ ご出身地 _____

⑯ もととの子どもの性格はいかがですか？

- 社交的 明朗 おしゃべり 神経質 繊細 几帳面
- まじめ きれい好き 頑固 無口 負けず嫌い
- 自己中心的 世話好き 無頓着 無愛想
- その他 (_____)

【生育歴について】

1) 妊娠・出産について

- 妊娠中に仕事をしていましたか? ない ・ ある
- 妊娠中・出産時の異常所見 ない ・ ある () ・ わからない
- 在胎 _____ 週 安産 ・ 難産 出生児体重 _____ g
- 胎児仮死 ない ・ ある
- 体外受精 ない ・ ある 陣痛誘発剤 ない ・ ある 帝王切開 ない ・ ある
- 保育器使用 ない ・ ある (期間 _____) 光線療法 ない ・ ある (期間 _____)
- 栄養は母乳とミルクどちらでしたか? 母乳 ・ ミルク ・ 混合
- 飲みはどうでしたか? よかった ・ 悪かった

2) 言語発達について

- 最初に単語がでたのは? _____ 歳
- 最初に2語文がでたのは? _____ 歳

3) 身体発達について

- 首がすわる _____ 歳
- お座り _____ 歳
- ハイハイ _____ 歳
- 始歩 _____ 歳

4) 乳幼児の行動について

- | | |
|--|---------------------|
| 1. 呼びかければ振り向いたか(生後6カ月)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 2. あやしたら顔をみたり笑ったりするか?
(生後6カ月) | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 3. 小さな音に敏感か(生後6カ月)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 4. 大きな音に驚くか(生後6カ月)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 5. 人見知りがあるか(生後7-8カ月)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 6. 家族(主に母親)がいなくても平気で一人にいるか?
(生後7-8カ月) | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 7. 親の後追いがあるか(生後10-12カ月)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 8. 名前を呼んだり声をかけると振りむくか
(生後10-12カ月)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 9. 表情の動きが少なかったか(1歳)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 10. イナイイナイバーをすると笑ったり、喜んだりしたか?
(1歳) | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 11. 抱こうとすると抱かれる姿勢をとるか(1歳)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 12. 視線が合うか(1歳)? | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |

- | | |
|--|---------------------|
| 13. 指さしをするか（1歳6カ月）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 14. 人やテレビの動作をまねするか（2歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 15. 手をヒラヒラさせたり、指を動かして
それをじっと見ている（2歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 16. 周囲にほとんど関心を示さないで、
独りでそれを眺めているか（2歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 17. 遊びに介入されるのをいやがるか（2歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 18. ごっこ遊びをするか（2-3歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 19. ある動作、順序、遊びなどを繰り返したり、
著しく執着したりするか（2-3歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 20. 独りごとが多いか（2-3歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 21. 特定の物へのこだわりがあるか（2-3歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 22. 落ち着きなく手を離すとどこに行くか分からないか
（2-3歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 23. 寝る時間、覚醒時間が不規則か（2-3歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 24. 一次反抗期はあったか（3-4歳）？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 25. 入園時の分離不安はあったか？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |
| 26. 下に兄弟がいる場合に、下の子が生まれた時に、
子ども返りをしたか？ | ある ・ 少しある ・ ない ・ 不明 |