

【問診票について】

このたびは児童・思春期専門外来をご利用いただき、ありがとうございます。
受診にあたり、**事前に問診票のご記入**をお願いいたします。

<問診票①について>

- ・ 問診票①は、**保護者の方**にご記入いただくものです。
- ・ 母子手帳などをご確認いただきながら、**わかる範囲**でご記入ください。

<問診票②について>

- ・ 問診票②は、学校でのお子さまの様子についてご記入いただくものです。
- ・ 『担任の先生』などの**学校関係者へ、保護者の方**からお渡しいただき、**記入**をご依頼ください。

<問診票②の記入が難しい場合>

以下のような場合は、問診票②のご提出は不要です。

- ・ **学校関係者へお渡しができない場合**
- ・ **学校関係者が事情により記入できない場合・・・など**

→ 当日は問診票①のみご持参ください。

<お願い>

- ・ ご記入いただいた**問診票①②**は、**受診当日に必ずご持参**ください。

【当日持参物】

- 問診票①②
- 母子手帳
- お薬手帳
- マイナンバーカード
- こども医療費助成 受給資格者証
(ひまわりカードなど)
- 過去に受けた発達に関する検査結果
(受けている場合のみ)



問診表1 (保護者用)

記入日	年 月 日	記入者	(続柄:)	
ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
お名前		男・女		(歳)
現住所	〒		連絡先	- -
				(お名前:)
学校名 (園名)				
学級	通常学級・支援学級(知的・情緒・その他)・通級利用(科目:)			

①受診の理由(困っていること・気になっていること・いつ頃・どんな場面で)

②現在の症状・気になるところ(あてはまるもの全てにチェック)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 気が散りやすい | <input type="checkbox"/> 好きと嫌いな食べ物に偏りがある |
| <input type="checkbox"/> 好きなことは集中しすぎる | <input type="checkbox"/> 拒食・過食がある |
| <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 時間管理が苦手 | <input type="checkbox"/> 体重が増えない、痩せすぎている |
| <input type="checkbox"/> 質問が待てずに答える | <input type="checkbox"/> 疲れやすく、やる気がでない |
| <input type="checkbox"/> 一方的にしゃべり続ける | <input type="checkbox"/> 夜眠れていない |
| <input type="checkbox"/> 落ち着かず、体を動かしたり、ウロウロする | <input type="checkbox"/> 不安が強い |
| <input type="checkbox"/> 同じ行動や物にこだわる | <input type="checkbox"/> 気分の波が激しい |
| <input type="checkbox"/> スケジュールやパターンの変化が苦手 | <input type="checkbox"/> 怒りやすい、イライラしやすい |
| <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶことが多い | <input type="checkbox"/> 死にたい気持ちがある |
| <input type="checkbox"/> 集団遊びや集団行動が苦手 | <input type="checkbox"/> 自傷行為(リストカットなど)がある |
| <input type="checkbox"/> 会話のキャッチボールが苦手 | <input type="checkbox"/> 他人には聴こえない声が聴こえる |
| <input type="checkbox"/> 好きなことや得意なことはとことん知りたい | <input type="checkbox"/> 見張られている感じがする |
| <input type="checkbox"/> 手先が不器用(靴ひもが結べない、はさみが苦手など) | <input type="checkbox"/> 生活リズムが崩れている |
| <input type="checkbox"/> よく跳んだり、回ったり、手をヒラヒラさせる | <input type="checkbox"/> ゲームやスマホがやめられない |
| <input type="checkbox"/> 苦手な臭い、音、光、肌触りの物がある | <input type="checkbox"/> 登校の問題がある |
| <input type="checkbox"/> 学習が苦手(音読、読み書き、計算など) | <input type="checkbox"/> その他() |

③生活リズムをお尋ねします

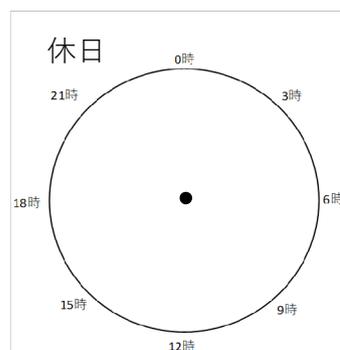
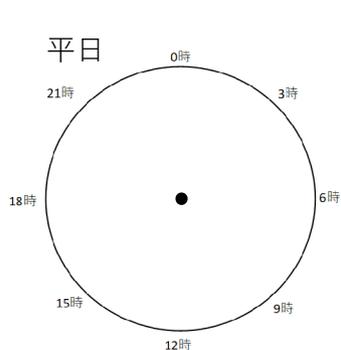
(平日と休日でお書きください)

例)寝る・起きる時間

食事・学校・ゲーム

習い事・部活など

※おおよそでかまいません



③お子さんの発育・発達歴についてお尋ねいたします ※わかる範囲でご記入ください

(1)出生時の状況

在胎(____週____日) 出生時身長・体重(____cm/____g)

分娩(普通分娩・帝王切開・吸引分娩・その他(____)) 保育器(なし・あり(____日間))

NICU入院歴(なし・あり(____日間)) ※NICU=新生児特定集中治療室

黄疸(なし・あり) 光線治療(なし・あり(____日間))

出生時の異常(なし・あり (仮死・チアノーゼ・その他: _____))

(2)発育の状況

首のすわり(____ヶ月頃) 歩き始め(____ヶ月頃) 話し始め(____ヶ月頃)

1歳半 なし・あり(内容)

健診での指摘 3歳 なし・あり(内容)

その他(____) なし・あり(内容)

(3)保育園・幼稚園での様子

園名(_____) ※複数ある時は、通っていた順番で記載ください

利用時期(____歳から ~ ____歳まで)

登園渋り・嫌がる(なし・あり) 集団行動(気にならない・気になる)

友人(多い・少ない・どちらともいえない) あそび(みんなとよく遊ぶ・一人で遊ぶことが多い)

保育園・幼稚園から言われたこと・気になっていたことなど

()

(4)小学校での様子

学校名(_____) ※転校歴がある時は、通っていた順番で記載ください

特別支援学級などの利用(なし・あり→支援学級 通級 その他(____))

特別支援学級などの利用時期(____年____月(____年生) ~ ____年____月(____年生))

成績(悪い・真ん中・良い・ばらつきがある) 欠席(少ない・多い)

友人(多いほう・少ないほう・どちらともいえない)

(5) 中学校での様子

学校名() ※転校歴がある時は、通っていた順番で記載ください

特別支援学級などの利用(なし・あり→支援学級 通級 その他())

特別支援学級などの利用時期(年 月(年生) ～ 年 月(年生)

成績(悪い・真ん中・良い・ばらつきがある) 欠席(少ない・多い)

友人(多いほう・少ないほう・どちらともいえない)

(6) 高校または中学校以降の様子

学校名() ※転校歴がある時は、通っていた順番で記載ください

成績(悪い・真ん中・良い・ばらつきがある) 欠席(少ない・多い)

友人(多いほう・少ないほう・どちらともいえない)

小学校・中学校・高校から言われたこと・ご家族が気になっていたことなど

④ お子さん(本人)の受診に対する受け取り方

(1) 今回の受診に対するお子さんの様子

(前向きに受け取っている・あまり乗り気ではない・特にどちらでもない・わからない)

(2) 今回の受診について、お子さんにはどのように説明しましたか ※思い出せる範囲でご記入ください

⑤ お子さんのこれまでの病気歴や受診歴についてお尋ねいたします

(1) これまでに治療された身体の病気はありますか

医療機関名	疾患名	治療時期(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)

(2) 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

医療機関名	疾患名	治療期間	お薬
		年 月～ 年 月	(あり・なし)
		年 月～ 年 月	(あり・なし)

(3) これまでに発達・知能検査(WPPSI、WISC、K式、ビネー式など)を受けたことはありますか

(なし・あり → 歳頃) ※「あり」の方は、診察時に検査結果のコピーをご持参ください

(4)アレルギーはありますか

アレルギー(なし・あり →アレルギーの内容(_____))

⑥現在利用している制度などについてお尋ねいたします(あてはまるもの全てにチェック)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス |
| <input type="checkbox"/> 療育手帳(A1・A2・B1・B2) | <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級) | <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 |
| <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院) | <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー |
| <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成 | <input type="checkbox"/> スクールカウンセラー |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 | <input type="checkbox"/> こども家庭センター(子ども課など) |
| <input type="checkbox"/> 児童福祉手当 | <input type="checkbox"/> その他(_____) |

⑦ご家庭の状況やご家庭での様子をお尋ねいたします

(1)同居されているご家族について

名前	続柄	年齢	職業・学校名

(2)別居されているご家族について(祖父母や親戚など)

名前	続柄	年齢	お住まい	交流機会
			(近場・県内・県外)	(よくある・年に数回・あまりない)
			(近場・県内・県外)	(よくある・年に数回・あまりない)
			(近場・県内・県外)	(よくある・年に数回・あまりない)

(3)血のつながったご家族・ご親族の病気(遺伝性疾患、精神疾患、心療内科・精神科の受診歴などがある方)
(いない・いる) → (続柄：_____) (病名：_____)

⑧関係機関(学校・行政・放課後等デイサービスなど)と当院との情報共有・連携について
※診療・支援に必要な範囲で、関係機関と情報を共有することについてお伺いします。
(情報共有してよい・情報共有してほしくない)

以上となります。ご協力ありがとうございました。