

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名	男・女	生年月日	年 月 日 歳
学校名	小学校・中学校・高等学校		学年
<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 支援級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

記入者 本人・父・母・その他 ( )

①今お困りのこと、ご相談されたいことについてお聞かせください(複数可)

<input type="checkbox"/> ゆうつな気分	<input type="checkbox"/> イライラする	<input type="checkbox"/> 落ち着かない
<input type="checkbox"/> 集中できない	<input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 朝起きられない
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 吐き気がする	<input type="checkbox"/> 何に対しても興味がない
<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 頭が痛い	<input type="checkbox"/> お腹が痛い
<input type="checkbox"/> 友達がうまくつけれない	<input type="checkbox"/> 周りがうるさい	<input type="checkbox"/> 気分が高揚する
<input type="checkbox"/> 眠らなくても平気である	<input type="checkbox"/> 気分の浮き沈みがある	<input type="checkbox"/> どんどん喋りたくなる
<input type="checkbox"/> 不安・緊張感がある	<input type="checkbox"/> 誰かに見られている気がする	<input type="checkbox"/> 勉強についていけない
<input type="checkbox"/> 頭の中に音や声が聞こえる	<input type="checkbox"/> 人に会いたくない	<input type="checkbox"/> ゲームに熱中しすぎる
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

上記のことで、特にご相談されたいことを具体的に記入して下さい

- ・現在、内服している薬はありますか？ (いいえ・はい)
- 薬の内容がわかるお薬手帳や薬剤情報提供書はおもちですか？ (いいえ・はい)
- ・本人の心身に影響を及ぼすような家庭内の混乱はありましたか？(例:離婚、死別など)  
(いいえ・はい)
- ・本人は診察の必要があると感じていますか？ ( 感じている ・ 感じていない )
- ・本日の受診についてご本人にどのように説明されましたか？

- ・本人、ご親族、別々に面談を希望されますか？ (いいえ・はい)
- (医師から勧めさせていただく場合もあります)

②これまでに精神科、心療内科、療育機関、相談機関などにご相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容	診断名

③家族構成・家族歴

・本人と近い家族について（把握できる範囲でご記入ください）

名前（年齢）	続柄	同居の有無	職業・学校	精神科・心療内科受診歴
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：
	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 継母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：
	<input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：
	<input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：
	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：
	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：

④・妊娠時、出産時に何か指摘されたことはありますか？

なし

あり→

・1歳半、3歳児健診で何か指摘されたことはありますか？

なし

あり→

・幼稚園、保育園で何か指摘されたことはありますか？

なし

あり→

⑤小学校の生活について教えてください。(学校名： )

小学校 (  通常  通級学級  支援学級  特別支援学校 ) 転校経験：  無 ・  有

・登校状況

- 問題なく登校
- 行き渋りあり
- 保健室登校
- 不登校期間あり

・登校状況に問題があった場合、時期やその時の様子について具体的にご記載ください

・友人とのかかわり方

- 問題なし
- トラブルなし
- わからない

・成績

- 上位
- 中位
- 下位

・学校生活についてあてはまるものはありますか？(複数回答可)

- 忘れ物が多かったり、片付けや整理整頓ができない
- 授業中に無断で席を離れたり教室から出たりする
- 友人とのトラブルが多い
- 一人でいることが多い
- 新学期や新しい環境や人になれるのに時間がかかる
- 特に該当するものはなし
- その他： ( )

・学習の中で極端に苦手なものはありますか(複数回答可)

- 計算
- 音読
- 書字
- 作文
- 漢字
- 文章の理解
- 特に該当するものはなし
- その他： ( )

・クラブ活動はしていましたか？

- なし
- あり 所属クラブ： ( )

・習い事はしていましたか？

- なし

<input type="checkbox"/> あり	年生～ 年生	内容：	週に 回
	年生～ 年生	内容：	週に 回
	年生～ 年生	内容：	週に 回
	年生～ 年生	内容：	週に 回

・学校の先生から何か問い合わせや指摘はありましたか？

- なし
- あり

・親や兄弟との関係で気になることはありましたか？

- なし
- あり

・その他、当時の生活で問題点や気になることはありましたか？

- なし
- あり

⑥中学校の生活について教えてください。(学校名： )

中学校 (  通常  通級学級  支援学級  特別支援学校 ) 転校経験：  無 ・  有

問題なく登校  行き渋りあり  保健室登校  不登校期間あり

・登校状況に問題があった場合、時期やその時の様子について具体的にご記載ください

・友人とのかかわり方

問題なし  トラブルなし  わからない

・成績

上位  中位  下位

・学校生活についてあてはまるものはありますか？(複数回答可)

- 忘れ物が多かったり、片付けや整理整頓ができない
- 授業中に無断で席を離れたり教室から出たりする
- 友人とのトラブルが多い  一人でいることが多い
- 新学期や新しい環境や人になれるのに時間がかかる  特に該当するものはなし
- その他： ( )

・学習の中で極端に苦手なものはありますか(複数回答可)

- 計算  音読  書字  作文  漢字  文章の理解
- 特に該当するものはなし
- その他： ( )

・クラブ活動はしていましたか？

なし  あり 所属クラブ： ( )

・習い事はしていましたか？

なし

<input type="checkbox"/> あり	年生～ 年生	内容：	週に 回
	年生～ 年生	内容：	週に 回
	年生～ 年生	内容：	週に 回
	年生～ 年生	内容：	週に 回

・学校の先生から何か問い合わせや指摘はありましたか？

なし

あり

・親や兄弟との関係で気になることはありましたか？

なし

あり

・その他、当時の生活で問題点や気になることはありましたか？

なし

あり

⑦現在の様子を（受診日頃）お聞かせください

食事	<input type="checkbox"/> 三食きちんと食べている <input type="checkbox"/> 食欲がない
	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食嘔吐 <input type="checkbox"/> その他（ ）
睡眠	<input type="checkbox"/> リズムよくとれている <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 寝すぎる <input type="checkbox"/> 朝起きれない
	<input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
気分	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 引きこもりがち <input type="checkbox"/> 落ち込んでいる
	<input type="checkbox"/> すぐ泣く <input type="checkbox"/> すぐ怒る <input type="checkbox"/> 波がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
人間関係	<input type="checkbox"/> うまく協力できない <input type="checkbox"/> うまく話せない <input type="checkbox"/> 乱暴 <input type="checkbox"/> 一人でいることができない
	<input type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> 決まった友達がいない <input type="checkbox"/> その他（ ）
休日の 過ごし 方	

ご記入ありがとうございました

# 児童・思春期外来 付き添い保護者の方の問診表

\*お手数ですが当日付き添っていただく保護者の方について、人数分ご記入をお願いいたします。

お名前 \_\_\_\_\_ 続柄： 父 母 その他 ( )

① 保護者の方自身について、現在の困っている症状があればご記入ください

(不眠、イライラ、育児の悩み、生理前の体調不良、更年期障害、等なんでもご記載ください)

・現時点で保護者のこころの診療の受診希望はありますか？

- 無 →  特に困っていない・受診を考えるほどの症状ではない  
 既に別の診療内科・精神科に通院中である  
 有

② 保護者の方自身について、既往歴があればご記入ください

身体疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 →
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 →
精神疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 →

③ 保護者の方自身について、現在服薬されているお薬があればご記入ください

- 無  
 有 → 内容：

④ 保護者の方自身について、幼少期・小中高大学・社会人・結婚後などのそれぞれの時期で何か特別に困っていたことがあった場合はご記入ください

⑤ 保護者の方自身について、現在の日常生活についてご記入ください

現在の職業			
食欲	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
飲酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 →	1日あたりの飲酒量：
喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 →	1日あたりの喫煙量： 本/日
睡眠時間	時から 時 (平均 時間程度)		
趣味や気分転換の方法			