

児童・思春期外来 電話相談票

相談日 年 月 日

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

学校名 _____ 小・中・高等学校 _____ 年生

相談者 _____ 父・母・(_____) 連絡先: _____

1. 相談したい症状やお困りごとは何ですか？

2. それが（症状）が始まったのはいつ頃ですか？ 年 月頃または 歳頃

どのようにその事に気づかれましたか？

問題が起きたきっかけはありますか？

3. 学校、病院（特に小児科）、相談機関などにご相談されたことはありますか？

医療機関名: _____ 相談日: _____ 年 月 (_____ 歳) 頃

今までに身体疾患も含めて大きな病気・怪我の経験はありますか？ (いいえ・はい)

現在、内服しているお薬はありますか？ (いいえ・はい)

4. 今までに療育を受けた事がありますか？ (いいえ・はい)

現在、何らかの社会支援を受けていますか？ (いいえ・はい)

5. 心理検査等の検査を受けたことがありますか？ (いいえ・はい)