

こころと美容のクリニック東京

問診票 * 児童思春期 *

記入日 R.....年.....月.....日

記入者様氏名

続柄 家族 ()

他 ()

当クリニックでは、お子さまの診療を充実させるために必要なこととお伺いしております。
分る範囲で構いませんのでご回答をお願い致します。

お子さまについて

ふりがな	性別	生年月日 / 年齢
お名前	男・女	H・R 年 月 日 (歳)

現状について

【1】今回受診された理由を教えてください。

.....
.....
.....

【2】【1】が気になるようになった時期、もしくは始まった時期はいつ頃ですか？

H・R年.....月頃、あるいは.....歳頃

その時の様子やきっかけとなるような出来事があれば教えてください。

.....
.....
.....

【3】今回の受診で希望することがあれば教えてください。(例：診断、検査、薬物療法、相談など)

.....
.....
.....

【4】【1】【2】に関して、今までに行政機関や福祉機関、学校などに相談したことはありますか？

- ・相談したことがある 歳頃、相談先
- 歳頃、相談先
- ・相談したことがない

【5】【1】【2】に関して、医療機関を受診したことはありますか？

- ・受診したことがある 通院 / 入院 / 相談のみ歳頃、相談先
- 通院 / 入院 / 相談のみ歳頃、相談先
- 診断名を聞いていますか？ いいえ・はい (診断名)
- 何かお薬を内服していますか？ いいえ・はい (薬剤名)
- ・受診したことがない

【6】今までに発達検査 (心理テスト) や脳波などの検査を受けたことはありますか？

- ・受けたことがある歳頃、検査名
-歳頃、検査名
- ・受けたことがない

【7】就学前に通所していた (いる) ところがありますか？

- ・通所していた (いる) ところがある歳から.....歳まで、通所先
- ・通所していた (いる) ところはない

お子さんの出生～今までの様子について

【8】お母様が妊娠中に以下のような状態になったり治療を受けた病気などはありましたか？

妊娠中毒症 切迫流産 切迫早産 感染症 () その他 ()

【9】お子さまの出生時のことについて、わかる範囲で教えてください。

- ・在胎（妊娠）期間 週 日
- ・正常分娩 ・帝王切開 ・その他分娩時異常など ()
- ・体重 (g) ・身長 (cm)
- ・出生時の異常 なし ・あり ()
- ・黄疸 なし ・あり
- ・出身地 () 都・道・府・県 () 区・市

【10】乳幼児期の発達の様子を教えてください。

- ・首すわり () カ月 ・寝返り () カ月
- ・はいはい () カ月 ・初歩 () 歳 () カ月
- ・初語 () 歳 () カ月 ・二語文をしゃべる () 歳 () カ月
- ・視線が合う (全く合わない・ほとんど合わない・少し合う・よく合う)
- ・人見知り (全くなかった・ほとんどなかった・少しあった・とてもあった)

【11】健診で何か指摘されたことはありますか？

1 歳 6 カ月 児 健 診

3 歳 児 健 診

【12】アレルギーはありますか？

- ・ある 食べ物 () 薬 () その他 ()
 どのような症状がありますか？ ()
- ・なし

【13】現在までにかかった病気や怪我があれば教えてください。

..... 歳頃、病名..... 治療終了・通院中 内服 有 / 無
 歳頃、病名..... 治療終了・通院中 内服 有 / 無

喘息はありましたか？

- ・はい 現在も喘息を起こしたり、治療を受けていますか？
 ↳ はい (治療内容：薬 吸入) ・いいえ
- ・いいえ

【14】これまでの教育について教えてください。

	園名 / 学校名	学級	成績	その時期で気になったこと
就学前	公 / 私 幼稚園・保育園			
小学校	公 / 私 小学校 在籍・卒業	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通常教室を併設 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位		
中学校	公 / 私 中学校 在籍・卒業	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通常教室を併設 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位		
高校	公 / 私 高校 在籍・中退・卒業	専攻:	<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位	
大学	公 / 私 大学 専門学校 在籍・中退・卒業	専攻:	<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位	

【15】 お子さまの性格や特徴を教えてください。

(交友関係、習い事、部活動、趣味、余暇活動なども含め、自由に記入してください。)

.....
.....
.....
.....
.....

【16】 月経についてお伺いします。 ※女性のみ

- ・初潮 : なし・あり (時期 :)
- ・月経前の気分の変更 : なし・あり ()
- ・月経前の身体の不調 : なし・あり (痛み・貧血・食欲増加 / 減少・その他)
- ・月経周期 : 順調・不調

家族構成について

【17】 ご家族について教えてください。

- ・現在一緒に住んでいる人に○を付けてください。
- ・実父 実母 継父 継母 兄弟・姉妹 () 人
- ・祖父 (父方・母方) 祖母 (父方・母方) その他 ()
- ・本人を入れて () 人暮らし
- ・お父様について
年齢.....歳 職業.....
- ・お母様について
年齢.....歳 職業.....
- ・ご兄弟姉妹について
年齢.....歳 (男・女) 職業又は学校.....
年齢.....歳 (男・女) 職業又は学校.....
年齢.....歳 (男・女) 職業又は学校.....

【18】 ご家族・ご親戚で精神科や神経科へ通院歴・入院歴のある方はいますか？

続柄..... 病名..... 通院中・入院中・通院なし・不明
続柄..... 病名..... 通院中・入院中・通院なし・不明

障害福祉サービスの利用状況について

- ・障害者手帳 なし・あり 精神 (級) 身体 (級) 知的 (級)
- ・自立支援医療 (精神通院医療) なし・あり ・特別児童扶養手当 なし・あり
- ・その他 ()
- ・今後利用したい制度はありますか？ (はい・いいえ・詳しく話を聞きたい)

以上になります。ご回答にご協力いただきありがとうございました。受付スタッフにお渡しください。