

児童精神外来 問診表

記入者氏名 _____ 続柄 _____

ふりがな
氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校名 _____ 幼稚園・保育園・小・中・高等学校 _____ 年生

出生地 _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

●利き手 / 右・左

●食べ物、薬品などのアレルギー / なし・あり (_____)

●療育手帳 / なし・あり (_____ 級) 取得時期 (_____ 年 _____ 月)

●障害者手帳 / なし・あり (_____ 級) 取得時期 (_____ 年 _____ 月)

●当院に希望されること /

よくわからない ・ 検査をしてほしい

薬物治療の必要性を相談したい ・ 薬は希望しないが相談相手になってほしい

ご家族について

① ご両親

氏名	年齢	最終学歴	職業	同居かどうか
父				同居・別居
母				同居・別居

② ごきょうだい

氏名	性別	年齢	最終学歴/在籍学校・学年	同居かどうか
	男・女			同居・別居
	男・女			同居・別居
	男・女			同居・別居

③ 上記以外に同居の方が居られましたらご記載ください

()

④ ご家族で精神科を受診されたことのある方はいらっしゃいますか

いない・いる(本人との関係: 病名:)

⑤ ご家庭での混乱(離婚・再婚・事故・死別・深刻な両親の不仲など)がありましたか

なし・あり(内容:)

⑥ 引っ越し、転校の生活環境の大きな変化がありましたか

なし・あり(内容:)

お困りのこと、ご相談されたいこと

① 困っている症状、養育上の悩みについて

発達の遅れ(言葉等)・学習の困難さ・落ち着きのなさ・不安・憂うつ・人の目が気になる
声が聞こえる・癩癩・怒りっぽい・イライラ・眠れない・朝起きられない・食欲不振・偏食
その他(具体的に) ()

② それはいつ頃から始まりましたか

生後すぐ・ 歳 か月頃から ・ か月前から ・ 年前から

③ 今までの対応や、その経過について

()

④ 今までに相談されていた医療機関

病院名	時期	診断名	治療内容
	年 月		
	年 月		
	年 月		

⑤ 今までに相談されていた関係機関

(通学通園先の先生・児童相談所、子供家庭支援センター、教育センターなど)

相談機関・担当者名	相談時期	相談内容と経過

⑥ 今までに受けた検査

脳画像検査 (CT・MRI) 時期: _____ 受けた機関: _____
脳波検査 時期: _____ 受けた機関: _____
心理検査 時期: _____ 受けた機関: _____
結果: _____

⑦ てんかん発作、熱性けいれんを起こしたことはありますか / はい・いいえ・わからない
はいの場合 → 何歳の時からどんな発作がどれくらいの頻度でありますか
(_____)

⑧ 大きな病気や入院歴・手術歴はありますか / あり・なし
ありの場合 → (_____)

現在までの成育歴

① 妊娠中のご様子

妊娠していた期間で、異常を指摘されたこと、病気、けが、不安、ストレスなどはありましたか
いいえ・はい (_____)
妊娠中の飲酒 / なし・あり 喫煙 / なし・あり
その他の薬物使用 / なし・あり

② 出産のご様子

不妊治療 / なし・あり (_____)
在胎 _____ 週で出生 出生体重 _____ g 身長 _____ cm 頭囲 _____ cm
分娩の経過 (1.正常分娩 2.予定帝王切開 3.緊急帝王切開 4.その他 _____)
仮死 / なし・あり
保育器の使用 / なし・あり
黄疸 / なし・あり (治療: _____)

③ 乳幼児健診で何か指摘を受けたことがありますか / あり・なし

ありの場合 → 何歳の時にどのような指摘でしたか

(_____)

④ 通園・通学歴と集団場面の様子について

時期	分離不安	集団行動	好きな遊び	先生から指摘されたことがあれば記載
<input type="checkbox"/> 幼稚園	有	可		
<input type="checkbox"/> 保育園	無	不可		

5. いないいないばあをしても喜ばなかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
6. 喃語（ダダダなどの赤ちゃん言葉）が少なかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
7. 小さな音にも敏感だった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
8. 睡眠が不規則だった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ

● 1～2歳頃のお子さんの様子

1. 視線が合いにくかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
2. 名前を呼んでもふりむかなかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
3. 親が見る方や指さす方に注目しなかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
4. 興味をもったものを「一緒に見よう」と親に求めなかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
5. 人の動作のまね（子供番組のダンスなど）をしなかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
6. 意味のある単語や言葉が出にくかった・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ

● 3歳以降のお子さんの様子

1. 落ち着きがない。手を離すとどこへ行くかわからない・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
2. 順番やルールがなかなか理解できない・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
3. 友達と「ごっこ遊び」をあまりしない・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
4. 一人でいることが多く、集団についていけない・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
5. 会話になりにくい・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
6. 音に敏感である・・・・・・・・・・・・・・・・はい（耳をふさぐ はい/いいえ）/いいえ
7. 特定のことにこだわる（持ち物,ものの位置,道順,遊びなど）・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ
8. 独特の動作（体をゆする、つま先歩き、くるくる回るなど）がある・・・・・・・・・・・・・・・・はい/いいえ

⑥ 現在までに家庭内での暴力の問題を認めたことはありますか

なし・あり(時期: 内容:)

⑦ 現在までに非行の問題を認めたことがありますか／なし・あり

ありの場合 → 盗み・万引き・薬物・酒・たばこ・その他()
(時期:)

⑧ 現在服用中のお薬がありますか／いいえ・はい()

⑨ <女兒の場合のみお答えください> 月経はありますか

なし・あり(初潮 歳 定期・不定期)

初診当日のご案内

- ※ 1. 待ち時間が発生しますので、お子様が静かに遊べる物をお持ちください
- ※ 2. 診察の混雑状況により、お約束の時間通りのご案内できないことがあります
- ※ 3. 当日ご持参いただく物
 - 保険証、こども医療費助成受給券
 - 自立支援、ひとり親、重度心身等の医療費助成制度で発行されたもの
 - 紹介状（精神科・心療内科の通院歴がある場合）
 - お薬手帳（他科で服用しているお薬がある場合）
 - 血液検査や心理検査の結果（お手元があれば）
 - 問診票（1枚目～5枚目）
 - 母子手帳・通知表など