

## 笠松病院 児童思春期外来 問診票

ふりがな		性別		平成・令和	
名前			生年月日	年	月 日 ( 歳 )
住所	〒 —				
学校名	園・小学校・中学校・高校		登校状況	<input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室への登校 <input type="checkbox"/> 不登校( 年の頃から)	
学級	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 支援				
記入者氏名		続柄	連絡先	☎	— —
				☎	— —

①どのようなことがお困りで受診されましたか？(いつ頃からどのようなことがあったのか、ご記入下さい)


②当てはまるものにチェックをつけてください。(複数チェック可能)

- 集中力が続かない       落ち着きがない       注意散漫       場に合わない言動  
 コミュニケーションが苦手       学習が苦手       こたわりが強い       集団行動が苦手  
 言葉が強い       手が出やすい       物に当たる       カットになりやすい  
 イライラ       喧嘩が多い       かんしゃく       パニック  
 やる気が出ない       眠れない       気分の落ち込み       不安が強い  
 気分の波が激しい       食欲がない       死にたい気持ち(発言)がある  
 ゲームやスマホの問題       登校の問題       生活リズムが崩れている  
 頭痛や腹痛など身体的な問題       食事に関する問題(拒食・過食)       チック       抜毛  
 自傷行為(リストカット・薬の大量服薬)  
 声が聴こえる       見張られている感じがする       母子分離の不安がある  
 診断書作成希望

③家族構成について

名前	続柄	年齢	職業・学校名(学年)	同居の有無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無

裏面へ

④発育・発達歴 ☆の質問へ応えられる範囲でお答えください。

☆妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
☆産院名( )	☆在胎( 週)	☆分娩所要時間( 分)
☆分娩	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> その他( )
☆出生時の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(仮死・チアノーゼ・その他 )
☆薬や注射の治療	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )
☆出生時体重( g)	☆身長( cm)	☆頭囲( cm)
☆保育器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(期間: )	☆授乳 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合
☆黄疸	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	☆光線療法 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けなかった
☆新生児の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )
☆首の座り( ヶ月)	☆歩き始め( ヶ月)	☆話し始め( ヶ月)
☆健診での指摘	1歳半検診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	3歳時検診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	

⑤現在に至るまでのことをご記入ください。

幼 児 期	1.保育園や幼稚園に通いましたか？ いいえ・はい→園名: ( 歳から)
	2.療育機関に通ったことがありますか？ いいえ・はい→機関名: ( )
	3.園や集団ではどのような様子でしたか？ <input type="checkbox"/> 母(家族)と離れにくい <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れづらい <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 活動を飛び出す <input type="checkbox"/> 友達と積極的に遊ぶ <input type="checkbox"/> 友達に誘われれば遊ぶ <input type="checkbox"/> 一人であることが多い <input type="checkbox"/> その他( )
	4.運動会や発表会などの行事の様子はどうでしたか？ <input type="checkbox"/> 問題なかった <input type="checkbox"/> 参加できなかった <input type="checkbox"/> 練習と本番で様子が違った(具体的に )
	5.保育士や幼稚園教諭からどのような子と言われましたか？ →
	6.どのような遊びが好きでしたか？ →
	7.3~6歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか？ いいえ・はい <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になる <input type="checkbox"/> 物や場所、衣類、順番にこだわりがある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しい <input type="checkbox"/> パニックやかんしゃくがひどい <input type="checkbox"/> 音や臭いに敏感 <input type="checkbox"/> 手先が不器用(ハサミやボタン) <input type="checkbox"/> 興味のあることへの知識量がすごく多い <input type="checkbox"/> 指示に従いにくい <input type="checkbox"/> 人見知りや場所見知りがある <input type="checkbox"/> その他( )

小 学 校	1.小学校について教えてください。(学校名: _____) 転校: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 公立 ( <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 支援学級) <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
	2.出席状況はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室・適応指導教室 <input type="checkbox"/> 不登校( _____ 年生)
	3.学校生活での様子で当てはまるものはありますか?いいえ・はい <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 片付けや整理整頓ができない <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れる <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> ぼーとしていることがある <input type="checkbox"/> 空気が読めない振舞いや発言がある <input type="checkbox"/> 一人であることが多い <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 不器用 <input type="checkbox"/> 球技やマット運動などの運動が苦手 <input type="checkbox"/> 新学期や新学年の新しい場所や人に慣れるの時間がかかる <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	4.成績はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位
	5.学習の中で極端に苦手なものはありましたか? いいえ・はい <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 音読 <input type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> 作文 <input type="checkbox"/> 漢字 <input type="checkbox"/> 文章問題の理解 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	6.学校の先生からは、どのような子とされていましたか? →

中 学 校	1.中学校について教えてください。(学校名: _____) 転校: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 公立 ( <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 支援学級) <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
	2.出席状況はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室・適応指導教室 <input type="checkbox"/> 不登校( _____ 年生)
	3.学校生活での様子で当てはまるものはありますか? <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 物を失くす、物が見つからず探すことが多い <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れることがある <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 空気の読めない振舞いや発言をよくする <input type="checkbox"/> 一人であることが多い <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができない <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	4.成績はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位
	5.得意科目と苦手科目を教えてください(得意: _____ 苦手: _____)
	6.部活動に入部していますか?(いいえ・はい 部活名: _____)
	7.学校の先生からは、どのような子とされていましたか? →

裏面へ

⑥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？ ある ・ ない

医療機関名	疾患名	治療期間	相談内容
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	

⑦関わりのある機関があればご記入ください。

スクールカウンセラー

スクールソーシャルワーカー

保健師  児童相談所

相談支援事業所

放課後等デイサービス

ショートステイ

その他( )

※関係機関との連携・情報交換について  同意する  同意しない

⑧当院をどこでお知りになりましたか？

他医療機関(医療機関名:

)  看板  インターネット  広告

家族  知人・友人  学校  行政

その他( )

問診は以上です。ありがとうございました。