

おかざきよろず心のクリニック問診票

記入日： 年 月 日

受診日： 年 月 日

記入者名		受診者から見ての続柄 ()	
受診者	フリガナ：	生年月日	
	氏名： 性別：男・女	年 月 日 (歳)	
	住所：〒 -		
<input type="checkbox"/> 自宅 ()	<input type="checkbox"/> 携帯 ()		
緊急連絡	フリガナ：	生年月日	
	氏名： (続柄：)	年 月 日 (歳)	
	住所：〒 - <input type="checkbox"/> 受診者に同じ		
<input type="checkbox"/> 自宅 ()	<input type="checkbox"/> 携帯 ()		
今後、病院名でお電話を差し上げても構いませんか？ ・受診者 はい/いいえ ・緊急連絡先 はい/いいえ 名乗り方のご希望をお書きください【 (未記入の場合病院名でお電話します。)			

<以下の項目にご回答をお願いいたします。記入したくない項目や分からない項目はそのままで結構です。なお個人情報保護法を遵守しております。>

※該当するものに、○をつける。または、□に✓を入れてください。

1. 当院を紹介された(知った)のは どちらからですか？

- 他の病院 相談機関(利用中施設) 知人 その他
 (具体的な名称 _____)

2. 今までかかった心療内科・精神科についてお知らせください。 受診歴なし

病院名	時期(○才~○才)	相談・治療・服薬状況	診断名

3. 当院に希望されることは何ですか？

- 診断や検査を受けたい 薬物治療について相談・検討したい 診断書を発行して欲しい
 今後のために継続フォローしてもらいたい 転医したい
 その他 (_____)

4. どのようなことに、いつ頃からお困りですか？

(_____)

4. 体調についてお伺いします。

既往歴・現病歴 (アレルギー等も含む)	※精神科以外の病名、期間、現在の状態や治療状況についてお知らせください。 □なし □あり ()
服薬状況	□なし □あり ※薬剤名をご記入いただくか、お薬手帳の提出をお願いします。 ()
嗜好品	□なし □お酒 ・種類 _____ ・量 _____ ml/日 □タバコ _____ 本/日 □その他薬物 ()
睡眠	□特に問題なし □寝付けない □寝ていても途中で起きてしまう □早朝に目が覚める □朝起きられない □熟睡感がない □ ()
食事	□問題なし □食欲がない □食べ過ぎる □その他 ()
妊娠	□なし □あり (妊娠 _____ カ月)
月経	□規則的 □不規則 □閉経

5. 今までに受けたことのある検査を教えてください。※検査結果(コピー)の提出をお願いします。

検査種類	検査時期	検査実施場所	検査結果
□脳波検査			
□CT・MRI			
□発達検査			
□その他			

6. 乳・幼児期の様子について 該当するものの□に✓を入れ、年齢をご記入ください。

□ 該当なし。 □ 記憶にない。

□目が合わない。	() 歳
□名前を呼んでも振り向かない。	() 歳
□人見知りや激しい。又は人見知りをしない。	() 歳
□おとなしくて手がかからない。	() 歳
□言葉の覚えがおそい・言葉が増えない。	() 歳
□オウム返しの返事。	() 歳
□会話が続かない・一方通行な会話。	() 歳
□質問が終わらないうちに、答える。	() 歳
□奇妙な行動をする。(つま先歩き、コマのように回る、体を揺する、手をかざして見る等)	() 歳
□特定の物に強く興味を持つ。	() 歳
□偏食が激しい。	() 歳
□特定の音や、触感を嫌う。	() 歳
□過去の嫌な事を思い出し、不安定になる。	() 歳
□一人で遊んでいることが多い。	() 歳
□睡眠が不規則。	() 歳
□癇(かん)が強い。	() 歳
□自分が傷つくことをする。(頭を打ち付ける、手を噛む)等。	() 歳
□よく迷子になる。	() 歳
□じっとしてられない。	() 歳

6. 健診時に指摘・指導された内容がありましたらご記入ください。

- 3カ月健診 なし 指摘・指導内容 ()
- 1才6カ月健診 なし 指摘・指導内容 ()
- 3才時健診 なし 指摘・指導内容 ()

7. 学童時期の勉強や学習の問題について ※いつごろから、どんな問題があるかご記入ください

- 現在どの程度の読み書きが可能ですか？ 問題なし あり ()
- 現在どの程度の計算が可能ですか？ 問題なし あり ()
- 極端な不器用がありますか？ なし あり ()
- 視力・聴力の問題がありますか？ なし あり ()

8. 学校生活等について

1) 最終学歴

学校名 _____ ・在学中 ・中退 (年) ・卒業

2) 在籍校について

未就学時：	<input type="checkbox"/> 幼稚園/保育園 (歳～ 歳)	<input type="checkbox"/> 通所療育 (歳～ 歳)	
小学校：	<input type="checkbox"/> 普通学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 成績 (上・中・下)
中学校：	<input type="checkbox"/> 普通学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 成績 (上・中・下)
高校：	<input type="checkbox"/> 全日制高校	<input type="checkbox"/> 通信制/定時制高校	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 成績 (上・中・下)

3) 部活動・習い事

※部活、習い事をしていた時期 (学年等) も合わせてご記入ください)

4) 集団場面での様子

- ①集団行動 問題あり・問題なし ③行事 (運動会・発表会・宿泊旅行等) の参加 問題あり・問題なし
- ②友人関係 問題あり・問題なし ④その他トラブル 問題あり・問題なし

「問題あり」に○を付けられた方は「いつ頃 (学年・年齢)」「どんな内容か」をお書きください。

()

5) これまでの様々な問題について (あったものに○をつけてください)

- ①登校拒否 ②家庭内暴力 ③いじめを受けた ④教師とのトラブル ⑤非行の問題 ⑥特になし

○をつけられた方は、問題が起こった「時期」「きっかけ」「その時の対応」等をお書き下さい。

()

9. 仕事について

最終職歴 (会社名・職種)

_____ 現職 (年) 休職中 退職 職歴無し

10. 利用している制度・サービス等がありましたお知らせください。

医療費助成	<input type="checkbox"/> 子ども医療費	<input type="checkbox"/> 障害者医療費	<input type="checkbox"/> 自立支援医療	<input type="checkbox"/> 母子医療
障害手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳 判定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種	級
福祉サービス	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 就労支援（移行・A型・B型）		<input type="checkbox"/> その他
手 当	<input type="checkbox"/> 障害年金 厚生・基礎 級	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	
その他	()			

11. 家族についてお伺いします

続柄	年齢	健康状態 (良好・うつ・不登校など)	同居の有無 (同居・別居・離婚・死別など)	職業	関係性
例：父	70	うつ	別居	元製造業	良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他
					良好・その他

12. 幼児期・学童期などに、家庭の中に混乱（深刻なご両親の不仲・病気・離婚・経済的危機など）があったことがありますか？ 特になし

()

13. 現在ご家庭に複雑な事情がおありの方は、差し支えなければその事情をお書きください。

()

※18才未満のお子様の受診の場合にお答え下さい。

①初回の診察は、本人と両親同席でよろしいですか？

はい/いいえ

②本人は今回の診察を了承していますか？

はい/いいえ

ご記入ありがとうございました。