

おかざきよろず心のクリニック問診票

記入日：平成 年 月 日

受診日：平成 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：疋・躰・鞆	
	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：疋・躰・鞆	
	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 該当するものの口に✓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
□人見知りが激しい。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
□癪(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	<input type="checkbox"/> なし	指摘・指導内容 ()
1才6カ月健診	<input type="checkbox"/> なし	指摘・指導内容 ()
3才時健診	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> あり ()
現在どの程度の計算が可能ですか？	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> あり ()
極端な不器用がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
視力・聴力の問題がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
その他	()	

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) 成績について

小学校 (上・中・下) 所属学級：普通 (補助教員) ・通級 ・特別支援 ・その他 ()

中学校 (上・中・下) 所属学級：普通 (補助教員) ・通級 ・特別支援 ・その他 ()

高校 (上・中・下) 所属学級：普通 (補助教員) ・通級 ・特別支援 ・その他 ()

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 ・休職 (年 月 ~ 年 月) ・退職 ・無職

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"/> 相談支援	
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

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。