

日本原病院 心療内科外来 保護者用問診票

患者氏名 () 記入者 () (続柄:)
記入日 () 年 () 月 () 日

お困りのことを理解するために症状やご病気などについてお尋ねします。

わからないもの、記載したくないものについては飛ばしていただいて構いません。

1、相談について

1) 相談したい内容をご記入ください。
2) 今回のことで他の医療機関を受診しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 受診 () 年 () 月頃 医療機関名 () 科名 ()
3) いつ頃から気になっていましたか?
4) 今回のことが起こるきっかけはありましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのようなきっかけがありましたか?
7) 受診しようと思ったきっかけ <input type="checkbox"/> 自分で受診しようと思った <input type="checkbox"/> 人に勧められた (どなたに勧められましたか? :) <input type="checkbox"/> その他 ()

1、体調面についてお聞きします

1) お子さんの体調面はどうですか?

食欲 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 減っている <input type="checkbox"/> 増えている
体重 ここ6ヶ月で体重が <input type="checkbox"/> 変化ない (2kg以内) <input type="checkbox"/> 減った () kg <input type="checkbox"/> 増えた () kg
便秘 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 下痢気味 <input type="checkbox"/> 便秘気味 <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す
どこか痛いところがありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どこですか? ()
以下の中で当てはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 車酔い <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 気分の変動が激しい <input type="checkbox"/> 元気な時期と落ち込む時期を繰り返している <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 過呼吸 <input type="checkbox"/> やる気が出ない <input type="checkbox"/> 暴力がある → 誰に? ()

2) 現在、飲んでいる病院の薬、市販の薬、サプリメントがありますか

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 何を飲んでありますか () お薬手帳や薬剤情報をお持ちでしたら一緒にお見せください。
--

日本原病院 心療内科外来 保護者用問診票

3) 生まれてから今まで当てはまるものがあればチェックしてください

幼少期	<input type="checkbox"/> 未熟児	<input type="checkbox"/> 発育・発達の遅れ	<input type="checkbox"/> けいれん/てんかん	<input type="checkbox"/> 大きな怪我
	<input type="checkbox"/> 不登校	<input type="checkbox"/> ひきこもり	<input type="checkbox"/> その他 ()	
身体	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
発達障害を指摘されたことがありますか? (ある ・ ない)				
診断名を教えてください ()				
診断された場所を教えてください ()				

以下のものがいつごろだったか教えてください (思い出せる範囲で結構です)。

1) 微笑む	歳	ヶ月	2) 物を目で追う	歳	ヶ月
3) 欲しいものに手を伸ばす	歳	ヶ月	4) 指さし	歳	ヶ月
5) 首の座り	歳	ヶ月	6) 寝返り	歳	ヶ月
7) お座り	歳	ヶ月	8) はいはい	歳	ヶ月
9) つかまり立ち	歳	ヶ月	10) ひとり歩き	歳	ヶ月
11) 意味がわからないが、何かをしゃべってくれる	歳	ヶ月	12) 通じる言葉が出る	歳	ヶ月
13) 二語文 (あれ とって、など)	歳	ヶ月			

4) 健診でなにか指摘されたことがありますか? 1 か月健診、乳児検診、1 歳半健診、3 歳～3 歳半健診などで何か指摘されたことはありますか?

1 か月健診	乳児検診 (3-5 ヶ月健診)
1 歳半健診	3 歳～3 歳半健診

3、最近の生活の様子をお聞きします。

1) 生活習慣について

睡眠：就寝 () 時頃 起床 () 時頃	
<input type="checkbox"/> 寝付きが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 朝起きられない	
・好きなことを教えてください	・塾や習い事に行っていますか?
テレビ、ゲーム、インターネットの動画(youtube など)について	
何が好きですか ()	
どのくらい見ますか? 平日 () 時間くらい 休日 () 時間くらい	

2) 保育園・幼稚園・学校での様子について

以下の中で当てはまるものにチェックしてください		
<input type="checkbox"/> 行きたがらない/行かない	<input type="checkbox"/> 集団行動が得意ではない	<input type="checkbox"/> いじめられやすい
<input type="checkbox"/> 対人関係がうまく行かない/友達ができない	<input type="checkbox"/> 友達をいじめたり	<input type="checkbox"/> 暴言/暴力が多い
<input type="checkbox"/> 勉強が遅れている、ついていけない	<input type="checkbox"/> じっとしているのが苦手	<input type="checkbox"/> 忘れ物が多い

日本原病院 心療内科外来 保護者用問診票

3) 所属について教えてください。

学校名・学年	所属 普通級 ・ 特別支援学級（情緒クラス・知的クラス） ・ 特別支援学校
--------	--

4、家族についてお聞きします。

1) どなたと同居していますか？

--

2) ご家族について

お名前	年齢	仕事・学校の名前など
父		
母		
兄弟・姉妹		
祖父母		

3) 家族について気になる方がいれば教えてください。

--

4) ご家族や親せきの方の病気についてお尋ねします

てんかん／知的障害／発達障害と診断されたことのある方はいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ⇒ どなたですか？ 精神科、神経の病気などで受診している人がいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ⇒ どなたですか？ 病名は？

5) ご家族や親せきでお子さんと良く似ている人がいますか？

--

ご協力ありがとうございました。