

当日はこの問診票とあわせて保険証・医療証をお持ちのうえ、

予約時間の15分前にお越し下さい。

## 子どもメンタルクリニック新大塚 初診問診票(20歳未満/保護者・養育者記載用)

### 受診者の情報

フリガナ	生年月日：平成 年 月 日 ( ) 歳
氏名	(男・女) 記入者：実父・実母・継父・継母・その他 ( )

はじめにご家族などお子さんの背景について伺います。

1. ご家族の構成について教えてください。

父 氏名 ( 歳) (同居・単身赴任・別居・離婚・死別・その他)

職業
学歴
持病

母 氏名 ( 歳) (同居・単身赴任・別居・離婚・死別・その他)

職業
学歴
持病

本人以外のお子さん (本人は 人きょうだい 番目)

名前	年齢	性別	学校または職業
1.		男・女	
2.		男・女	
3.		男・女	
4.		男・女	

同居している全ての人に○を付けて下さい。

父/継父、母/継母、兄弟・姉妹 ( 人)、父方(祖父・祖母)、母方(祖父・祖母) その他 ( )

同居されている方は**本人を含めて**、合計何人ですか? ( ) 人

2. お子さんが生まれたときどこに住んでいましたか?

( ) 都・道・府・県 ( ) 市・区・町・村

3. その後転居されましたか?

歳から	歳まで	どこに	理由
歳から	歳まで	どこに	理由
歳から	歳まで	どこに	理由

4. お子さんの教育について教えてください。

幼稚園・保育園	公立・私立	幼稚園・保育園・卒園	
小学校	公立・私立	小学校（ 年生）・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
中学校	公立・私立	中学校（ 年生）・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
<input type="checkbox"/> 普通学級（ <input type="checkbox"/> 補助教員）	<input type="checkbox"/> 通級指導	<input type="checkbox"/> 特別支援学級	<input type="checkbox"/> 特別支援学校
			<input type="checkbox"/> その他（ ）
特別支援学校高等部		特別支援学校高等部（ 年生）	
高校	公立・私立	高校（ 年生）・卒業・中退	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
大学・短大・専門学校	公立・私立	大学（ 年生）・卒業・中退	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下

部活動

習い事

5. お母様が妊娠前、妊娠中の時のことについて教えてください。何か問題はありましたか？

- 不妊治療（ ）     切迫流産     妊娠高血圧症候群     切迫早産  
 妊娠中の病気     妊娠中の薬物使用     アルコールの常用     喫煙  
 その他（ ）

6. お子さんの出生時のことについて教えてください。

- 分娩場所（ ） 在胎（ ）週（ ）日 体重（ ）g 身長（ ）cm  
 分娩異常  無  吸引・鉗子分娩  帝王切開  臍帯巻絡（首にへその緒が絡んでいた）  その他  
 出生時の異常  無  新生児仮死  酸素使用  保育器使用（ ）日  
 新生児黄疸  無  経過観察  光線療法  交換輸血

7. お子さん発達の様子について教えてください。

- 首の座り（ ）ヶ月    寝返り（ ）ヶ月    お座り（ ）ヶ月    はいはい（ ）ヶ月  
 独り歩き（ ）ヶ月    始語（ ）歳（ ）ヶ月    二語文を話す（ ）歳（ ）ヶ月

8. 健診のときに何か問題を指摘されましたか？あるいは困っていることを相談しましたか？

1歳6ヶ月健診

3歳健診

9. お子さんがこれまでにかかった体の病気や今かかっている病気について教えてください。

- 特になし  アトピー性皮膚炎  気管支喘息  食物アレルギー（具体的に ）  
 川崎病  その他心臓病（具体的に ）  
 熱性けいれん（最終 歳頃 ）  てんかん（最終発作 年 月）  
 頭部外傷  脳の手術（具体的に ）  
 急性虫垂炎（盲腸）  その他消化器の病気・手術（ ）  
 その他（ ）

これから今回の受診に関しての内容を伺います。

9. 今回、来院されるのはどのような心配や問題のためでしょうか？

10. 心配や問題が始まった時期はいつ頃ですか？（ 年 月頃あるいは 歳頃）

そのときの様子を簡単に記して下さい。きっかけとなるような出来事はありましたか？もしあれば記入して下さい。

11. 当院に希望されることは何ですか？（複数回答可）

- 診断や検査を受けたい
- 診断書を発行して欲しい
- 療育を受けさせたい
- 相談をしたい
- 薬物治療について相談・検討したい
- セカンドオピニオンを受けたい
- 転医したい
- その他（ ）

12. 上記の心配や問題のことでこれまでにどこか、相談機関、医療機関に相談したことはありますか？

年齢	どこで	そこで何と言われましたか？（対応や助言、診断や治療など）
歳から 歳まで		
歳から 歳まで		
歳から 歳まで		

13. これまでに療育に参加されたことはありますか？または何らかの支援制度（愛の手帳、移動支援など）を利用していますか？

年齢	どこで	どういった内容でしたか？（例：個別療育、感覚統合療法など）
歳から 歳まで		
歳から 歳まで		

14. 今までに発達検査（心理テスト）や脳波検査、画像検査の検査を受けたことがありますか？

**コピーがあれば、初診の時にご持参下さい。**

歳	検査名
歳	検査名

15. 全ての患者さんにお尋ねしております。

ご家族・ご親戚で精神科や神経科へ通院歴・入院歴のある方、てんかんや知的障害のある方はいますか？

いない・いる

お子さんとの続柄 病名 (通院なし・通院していた・通院している・入院していた・入院している)

お子さんとの続柄 病名 (通院なし・通院していた・通院している・入院していた・入院している)

\*記載可能であれば記載下さい\*

16. お子さんが小さいころ、以下の項目はありましたか？「はい」または「いいえ」に○をして下さい。

覚えていない場合、わからない場合は「不明」に○をして下さい。

	質問	はい	いいえ	不明
1	あやしても顔を見たり笑ったりしない			
2	ほ乳が難しい			
3	親の後追いをしない			
4	名前を呼んでも声をかけても振り向かない			
5	抱こうとしても抱かれる姿勢をとらない			
6	視線が合わない			
7	指さしで興味のあるものを伝えない			
8	2歳を過ぎてても言葉がほとんどでないか、2-3語出た後、会話に発展しない			
9	見せたいものを持ってくることがない			
10	遊び方が独特である			
11	小さい頃から独り遊びができる			
12	遊びに介入されることを嫌がる			
13	ごっこ遊びをしない			
14	ある動作、順序、遊びなどを繰り返したり、著しく執着したりする			
15	落ち着きなく、手を離すとどこに行くかわからない			
16	わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりする			
17	寝付きが悪い、夜寝る時間や起きる時間が不規則である			
18	かんしゃくを起こしやすい			
19	おねしょが続く、外でトイレに行けない、行かない			
20	公園で他の子と遊ばない、仲良くできない			

17. お子さんの集団生活についてお聞きます。保育園・幼稚園・学校での問題であてはまるものがあればチェックして下さい。

- 保育園・幼稚園・学校に行きたがらない、行かない
- 集団行動が得意でない
- 対人関係がうまくいかない、友達ができない
- 学校でいじめられやすい
- 学校で暴力・暴言がひどい、級友をいじめてしまう
- 勉強が遅れ気味、授業についていけない
- 体の不調がよくある（具体的に.....）

18. 最後に当院受診をどちらで勧められましたか？（複数回答可）

- 学校からの紹介
- 相談機関からの紹介
- 他の医療機関からの紹介
- ご家族が調べて
- 当科に兄弟・姉妹が通院している
- 知人に勧められて
- その他（.....）

**たくさんの記載、ありがとうございました。当日お忘れなくお持ち下さい。**