

当日はこの問診票とあわせて保険証、できれば母子手帳をお持ちのうえ、

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 外来初診時間診票(20歳以上用)

あなた(受診者)の情報

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

はじめにご家族などあなたの背景について伺います。

1. あなた(受診者)の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

あなた(受診者)以外のきょうだい (あなたは 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	
5.		男・女	

あなた(受診者)と同居している全ての人に○を付けて下さい。

夫・実子()人・父、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受診者を含めて、合計何人ですか？()人

2. あなた(受診者)が生まれたときは、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

4. あなた(受診者)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 ()

5. あなたの(受診者)の教育歴について教えて下さい。

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
職歴(自由記載)			

6. あなた(受診者)のお母様の妊娠前、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？

(母子手帳をお手元に用意の上、記載下さい)

- 不明
- 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 ()

7. あなた(受診者)が生まれたときのことについて教えてください。(母子手帳をお手元に用意の上、記載下さい)

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

8. あなた(受診者)の発達の様子について教えてください。(母子手帳をお手元に用意の上、記載下さい)

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

9. あなた(受診者)は幼いときの健診で何か問題を指摘されましたか？

あるいはお母様が困っていることを相談されていませんか？(母子手帳をお手元に記載下さい)

1歳6ヶ月健診 特になし・() 3歳健診 特になし・()

これから今回の受診に関しての内容を伺います。

10. あなた(受診者)が今回の受診で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
- 転医したい
- 診断書を発行して欲しい
- 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
- その他 ()

11. 今回、あなた(受診者)が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？

12. あなた(受診者)の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。

13. 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		
歳から 歳まで		

14. あなた(受診者)は今までに発達検査(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

あなた(受診者) 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)
との続柄

あなた(受診者) 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)
との続柄

記載可能であれば記載下さい

16. あなた(受診者)の小さいころ、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。(母子手帳をお手元に用意の上、記載下さい)

	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. あなた(受診者)の集団生活についてお聞きます。

保育園・幼稚園・小中学校・高校・専門学校・大学・会社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・会社などに行けない、行きたくない
- 集団行動が得意でなかった
- 対人関係がうまくいかないことが多かった、友達ができない、いない
- 学校、会社でいじめられやすい、いじめられやすかった
- 学校、会社で暴力・暴言がひどい、ひどかった/級友をいじめてしまう、いじめてしまうことがあった
- 学校の勉強で遅れ気味だった、または授業についていけなかった
- 体の不調がよくある、よくあった(具体的に_____)

18. 最後に当院の受診をどちらで勧められましたか? (複数回答可)

- 学校・職場からの紹介
- 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
- 当院に知人が通院している
- 知人に勧められて
- インターネット
- 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。