

問 診 票 (こどものこころ専門外来用)

2021.10 版

☆初診の患者様へ☆

診察に必要な事柄について事前に問診いたします。さしつかえない範囲でご記入、または該当する箇所に○をつけて下さい。(分からない箇所は空欄で結構です)。

記入日： 年 月 日

ご本人 お名前 様 性別：(男・女) 年齢 歳

ご一緒にいらした方は? 氏名 様 関係： _____

家族構成

父： _____ (歳) (職業： _____)

母： _____ (歳) (職業： _____)

兄弟・姉妹：

1. _____ 歳 (男・女) 2. _____ 歳 (男・女) 3. _____ 歳 (男・女)

その他同居者： _____

ご家族やご親戚の精神的な疾患：(例 祖母 うつ病)： _____

主訴 (お困りのこと)

お困りのことはいつからですか? _____

相談機関 (病院、相談センター等)、またはご紹介していただいた機関 (病院、相談センター等)

<現在関わっている機関>

-
-
-

<過去関わっていた機関>

-
-
-

☆裏面に続きます。ご記入お願いします☆

出産は ・正常 ・吸引分娩 ・帝王切開 ・逆子 ・他（ ）

妊娠（ ）週で出産 出生体重_____g 保育器使用（ ・なし ・あり ）

首のすわり（ ）ヶ月頃 歩き始め（ ）才頃 始語、マンマなどの言葉（ ）才頃

熱性けいれんは ・なし ・あり（ ）才頃から _____回 ・年_____何回

就学前：

乳幼児健診で発達の相談した経験や、幼稚園・保育所などで集団行動に馴染めないなどの心配をしたことはありますか？ ・なし ・あり（ ）

療育について：療育センター、児童発達支援等の利用 ・なし ・あり

・通所先：_____（週 _____回）（利用期間：_____）

・通所先：_____（週 _____回）（利用期間：_____）

・通所先：_____（週 _____回）（利用期間：_____）

・幼稚園・保育園：_____幼稚園・保育園・卒園

・小学校：_____小学校 ・普通学級 ・特別支援学級 在学 ・ 卒業

クラス：_____ 担任：_____先生

・中学校：_____中学校 ・普通学級 ・特別支援学級 在学 ・ 卒業

クラス：_____ 担任：_____先生

療育手帳の判定はお持ちですか？ はい（等級： _____年 _____月 _____日判定） ・ いいえ

現在、通院中の病院はありますか？

・ いいえ

・ はい：医療機関名_____ 病名：_____

治療期間：_____ 服用しているお薬：_____

日常生活のリズムについて（睡眠について）

就寝時間 _____何時ごろ 起床時間_____何時ごろ

・ 規則正しい ・ 不規則（ ）

その他医師へお伝えしたいことがあればご記入ください

☆終わりましたら外来窓口までお持ち下さい☆