

児童精神科をはじめて受診される方へ（問診票）

記入日： 年 月

日

記入者の氏名：	続柄： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
---------	---

<本人について>

フリガナ	生年月日： 年 月 日（ ）歳
氏名	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他（ ）
紹介機関・紹介者名：	

<困りごと>

1. 来院されたのはどのような心配や問題のためでしょうか？

2. 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）

3. 心配や問題の経緯について簡単にお書きください。

4. 次のうち、当診療部でお受けになりたいものにチェックして下さい（複数可）。

<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理士のカウンセリング
<input type="checkbox"/> 医師のカウンセリング	<input type="checkbox"/> 薬物療法	

<相談歴・受診歴>

5. 上記の心配や問題のことで今までに（医療以外の）相談機関に相談したことはありますか？

歳（ 年生）から 歳（ 年生）まで	どこに：
歳（ 年生）から 歳（ 年生）まで	どこに：
今も相談中	どこに：

6. 就学前に通っていた・いるところ（児童発達センター・自治体の親子教室など）はありますか？

年（ 歳）から 年（ 歳）まで	どこに：
年（ 歳）から 年（ 歳）まで	どこに：

年（ 歳）から	年（ 歳）まで	どこに：
---------	---------	------

7. 上記の心配や問題のことで今までに医療機関で治療を受けたことがありますか？（ある・ない）

年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名：	左記の期間の状態と治療内容：
年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名：	左記の期間の状態と治療内容：

8. 今までに心理検査や脳波などの検査を受けたことがありますか？

検査名：	年 月（ 歳）、	年 月（ 歳）
検査名：	年 月（ 歳）、	年 月（ 歳）
検査名：	年 月（ 歳）、	年 月（ 歳）

9. 障害者手帳をお持ちですか？（持っていない・持っている）

療育手帳（ ）級（ 年 月 日）発行
 精神障害者保健福祉手帳（ ）級（ 年 月 日）発行
 身体障害者手帳（ ）種（ ）級（障害名： ）

10. 他に今までにかかったことのある大きな病気があればご記入ください。

(1) 病名： 病院・診療科：
 (2) 病名： 病院・診療科：

<周生期・発達歴>

11. お母様が妊娠中、からだやこころの健康に何か問題はありましたか？

問題なし・あり：妊娠中毒症、切迫流産、薬物使用、Rh型不適合、アルコール常用、喫煙
 その他（ ）

12. 出産前後で、家庭内のことや夫婦関係などで困っていたことがありましたら、お書きください。

13. 出生時のことについて教えてください。

（母子手帳の出生時のページをコピーして持参いただく場合は記入不要です）。

分娩場所（ ）、在胎（ ）週（ ）日、体重（ ）g、身長（ ）cm、
 頭囲（ ）cm、胸囲（ ）cm。
 分娩異常の有無：なし・あり 早期破水、 骨盤位、 帝王切開、 吸引分娩、 鉗子分娩、 多胎（双子など）、 臍帯巻絡（首にへその緒が絡んだ）、 その他（ ）
 出生時の異常：なし・あり 新生児仮死（アプガースコア1分（ ）点、5分（ ）点）、 けいれん、 酸素使用、 保育器使用（ ）日間
 新生児期の異常：なし・あり 黄疸（経過観察、光線療法、交換輸血）

14. 乳幼児期のことについて教えてください。

（母子手帳の出生時のページをコピーして持参いただく場合は記入不要です）。

哺乳： 母乳、 人工、 混合 吸いつき： 弱い、 普通、 強い

その他、困ったこと ()

15. 発達の様子を教えてください。

(母子手帳の出生時のページをコピーして持参いただく場合は記入不要です)。

首が座った () ヶ月、寝返り () ヶ月、お座り () ヶ月、はいはい () ヶ月、伝い歩き () ヶ月、一人歩き () ヶ月、パパ、ママなどの簡単な言葉を使う (歳 ヶ月、はじめて話した単語 : ())

二語文を話す (歳 ヶ月、はじめて話した二語文 : ())

文字を読む (歳 ヶ月、はじめて読んだ文字 : ())

排泄自立 (排尿: 歳 ヶ月、排便: 歳 ヶ月) 夜泣き: ない・ある・激しい (歳から 歳まで)

16. 受けたことのある予防接種に○をつけてください。

(母子手帳の出生時のページをコピーして持参いただく場合は記入不要です)。

B型肝炎、ロタウィルス、ヒブ、小児用肺炎球菌、ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、3種混合、4種混合、BCG、麻疹(はしか)、風疹、MR(麻疹風疹混合)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、水痘(みずぼうそう)、インフルエンザ、A型肝炎、HPV(ヒトパピローマウィルス)、その他 ()

17. 健診のときに何か問題を指摘されましたか?

4ヶ月健診 () 10ヶ月健診 ()

1歳6ヶ月健診 () 3歳健診 ()

その他の健診 ()

18. 乳幼児期の発達について以下のことがあればご記入ください。

一時期話せていた発語が消失した(消失した言語: 時期: 歳 ヶ月)

他に一時期できていたことをしなくなった(しなくなったこと: 時期: 歳 ヶ月)

19. 月経はありますか? (女性のみお答えください)

ない・ある(順調・不順; 初潮年齢 歳)

<家族背景>

20. ご家族についてお聞きします。

同居している人にチェックをつけてください。

実父 実母 継父 継母 きょうだい (人)

祖父(父方・母方) 祖母(父方・母方) その他 ()

ご家族・ご親戚で精神科・心療内科などへ通院歴・入院歴のある方はいますか? (いない・いる)

続柄	病名	病院名

実父について

氏名:	年 月 日生まれ 歳 (<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業:	(会社名:)
最終学歴:	(学校名:)
持病:	性格:

実母について

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
最終学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

きょうだいについて (本人は 人きょうだいの 番目)

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
最終学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	
氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
最終学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	
氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
最終学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	
氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
最終学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

<本人の生育歴・学歴>

21. ご本人が生まれたとき、どこに住んでいましたか？

() 都・道・府・県 () 市・区・町・村

22. その後、引越しをしましたか？

年 月 (歳)	どこに	
年 月 (歳)	どこに	
年 月 (歳)	どこに	
年 月 (歳)	どこに	

23. 教育についてお聞きします。

幼稚園・保育園	公立・私立	幼稚園・保育園・卒園	
小学校(部)	公立・私立	学校(年生)・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
中学校(部)	公立・私立	学校(年生)・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
高校(高等部)	公立・私立	学校(年生)・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
それ以降			成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
			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"/> 通級指導教室併用 小・中学校__年から 小・中学校__年まで	<input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 知的・ <input type="checkbox"/> 情緒) 小・中学校__年から 小・中学校__年まで	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 小・中・高等部__年から 小・中・高等部__年まで	<input type="checkbox"/> その他 ()

得意科目		苦手科目	
部活動		習い事	

24. 集団生活についてお聞きします。

保育園・幼稚園・学校での問題であればまるものがあればチェックしてください。

- 保育園・幼稚園・学校に行かない 対人関係がうまくいかない、友だちができない
 集団行動ができない 学校でいじめられる
 勉強が遅れている、授業についていけない 学校で暴力・暴言がひどい、級友をいじめる

集団生活、対人関係（家族以外の大人や子どもとの関わり）で心配なことがあればお書きください。

25. 学習の中で極端に苦手なものがあたらチェックをしてください。（複数回答可）

- 計算 音読 書字 作文 漢字 文章問題の理解 その他（ ）

26. 0～2 歳くらいまでのお子さんの様子で当てはまるものにチェックをしてください。

（複数回答可）

- 視線が合わなかった おとなしく、手がかからなかった 音に敏感だった
 いないいないばあを喜ばなかった 人見知りをしなかった 人見知りが強かった
 指さした方向を一緒に見ようとしなかった 抱っこを嫌がった こだわりがあった
 一人遊びに介入されると嫌がった こだわりがあった
 手を離すとどこへ行くかわからなかった 眠りが浅かった・夜泣きがあった
 その他・気になったことなど（ ）

27. 3～6 歳くらいまでのお子さんの様子で当てはまるものにチェックしてください。

（複数回答可）

- 外出先でよく迷子になった 食べ物の好き嫌いが激しかった 音やにおいに敏感だった
 肌に触れる感覚が過敏だった 音やにおいに敏感だった 遊びの順番が待てなかった
 作ったものを親に見せたり自慢したりしなかった 困った時に助けを求めることが少なかった
 よく迷子になったが、迷子になっても平気だった 人の言った言葉をその通りに繰り返した
 まわりの人の感情に対して無関心だったり、共感を示さなかった
 いつもやる動作があった（例：身体をゆする、脚を叩く） 予定の変更でパニックになった
 ものの置き場所、動作の手順などいつもとおなじでないとても嫌がった
 ものを単純に並べて遊ぶことが好きだった 同じ動画やビデオを何回も繰り返し観ていた
 1つのこと（例：虫、電車）が大好きで大人顔負けの知識があった
 自分で自分を叩いたり頭をぶつけた 小1でお箸を使えなかった
 その日の出来事を自分から話さなかった
 その他・気になったことなど（ ）

28. 教育方針について当てはまるものにチェックしてください（複数回答可）

- 厳しい 放任 どちらでもない 体罰（ あり なし ）

以下の質問は該当する方のみお答えください

29. ゲームやインターネットの使用について、気になっている（ はい ・ いいえ ）

お子さんがインターネットやゲームに使う時間はどれくらいですか？

インターネット (Youtube や SNS 含む) : 約 () 時間/日

ゲーム (スマホのゲームを含む) : 約 () 時間/日

お子さんは「インターネットやゲーム」をする時間を減らそうとしても、できないことがありますか。

全くない まれにある ときどきある いつもある

お子さんは「インターネットやゲーム」をする時間を増やすために、家庭での仕事や役割をおろそかにすることがありますか。

全くない まれにある ときどきある いつもある

お子さんは「インターネットやゲーム」をしている最中に誰かに邪魔をされると、いらいらしたり、怒ったり、大声を出したりすることがありますか。

全くない まれにある ときどきある いつもある

28. 運動の不器用さについて、気になっている (はい ・ いいえ)

お子さんは学校や園の授業以外で、1週間にどの程度運動をしていますか。(運動実施状況)

約 () 時間

お子さんは運動をするのは好きですか。

全く当てはまらない あてはまらない どちらでもない あてはまる 非常にあてはまる

お子さんは自分が運動をできる方だと思っていますか。

全く当てはまらない あてはまらない どちらでもない あてはまる 非常にあてはまる

お子さんは自分が運動を努力すればある程度はできるようになるとしていますか。

全く当てはまらない あてはまらない どちらでもない あてはまる 非常にあてはまる

ご協力ありがとうございました。

記載していただいた個人情報、診療のために利用し、他に利用することはありません。

個人の特定できない形で複数例を集計したデータを、診療統計や研究に用いることがあります。