

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	H・R 年 月 日 (歳)		
氏名		連絡先	自宅		
住所			携帯		
記入者	ふりがな	本人との続柄	生年月日	職業	
	氏名				
身長/体重		月経	<input type="checkbox"/> 順調(初潮: 歳) <input type="checkbox"/> 不調 最終月経日 ____		

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

・他の病院、相談機関(具体的な名称: _____)

・インターネット ・知人 ・その他(具体的に: _____)

2. 受診のきっかけについてお伺いします。

・家族や知人からのすすめ ・他機関からのすすめ(具体的に: _____)

3. ご本人の今一番困っていること、相談したいこと、解決したいことについてお書きください。

4. ご家族の状況について教えて下さい。(本人は含まない)

名前	続柄	年齢	職業(学年)	同居・別居の有無	精神科・心療内科受診歴
【例】 太郎	兄	18	高校生(3年)	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 → 病名(_____)
				有・無	無・有 → 病名(_____)
				有・無	無・有 → 病名(_____)
				有・無	無・有 → 病名(_____)
				有・無	無・有 → 病名(_____)
				有・無	無・有 → 病名(_____)
				有・無	無・有 → 病名(_____)
				有・無	無・有 → 病名(_____)

5. 妊娠出産時の状況について該当する項目に○を付けて下さい。

i お母さんのこれまでの既往症: 心疾患 腎疾患 糖尿病 その他(_____)

ii 妊娠中の疾患: なし・あり → 切迫流産 早産 妊娠高血圧症候群 貧血 薬物使用
 妊娠性糖尿病 前置胎盤 妊娠中毒 感染 アルコール
 その他(_____)

出生 (体重 g/ _____ 週 日/ 自然分娩 吸引分娩 帝王切開 仮死状態)

出産時、出産前後で気になる事はありましたか? いいえ・はい→具体的に: _____

6. ご本人にこれまでに大きな病気や怪我、手術の経験があれば、該当するものに○を付けて下さい。

いいえ

はい→糖尿病(歳頃)/高血圧(歳頃)/心臓病【不整脈含む】(歳頃)/喘息(歳頃)

 肝炎【治療済みも含む】(歳頃)/熱性けいれんやひきつけ(歳 ヶ月頃)

 甲状腺の病気(歳頃)/骨折(歳頃)/事故(歳頃) 遺伝性疾患(_____)

 その他(_____)

 手術歴: なし・あり→(_____)

7. ご本人の現在治療中の病気と病院名を教えてください。	
①	(病院名)
②	(病院名)

8. ご本人がこれまで受けた検診で育ちの遅れを指摘されたことはありますか？	
なし	
あり	→1歳6ヶ月健診で指摘はありましたか？(いいえ・はい →)
	3歳児健診で指摘はありましたか？(いいえ・はい →)
	発達について(首がすわる__ヶ月)/ひとり歩き__ヶ月/初めての言葉__ヶ月
	1～3歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか？(いいえ・はい)
	大人しく手がかからない/かんしゃくを起こしやすい/視線が合わない
	大きな声や音を怖がる/外出先で迷子になる/抱っこや手つなぎを嫌がる
	その他(具体的に:)

9. ご本人がこれまでに発達検査や知能検査を受けたことがありますか？	
なし	
あり	→ いつ 年 月 日 ところで()

10. ご本人が今までに心療内科・精神科を受診されたことはありますか？	
①	病院・クリニック(外来・入院) 年 月 ~ 年 月 (病院名)
②	病院・クリニック(外来・入院) 年 月 ~ 年 月 (病院名)
③	病院・クリニック(外来・入院) 年 月 ~ 年 月 (病院名)

11. 下記でご本人の現在の状況に当てはまるものすべてに○をして下さい。	
体が怠い 頭痛 よく眠れない 食欲がない 食欲がありすぎる めまい	
けいれん 耳鳴り 不安感 イライラ感 気分が落ち込む 気分が高揚する 物忘れ	
胸がドキドキする 気が張り詰める 考えがまとまらない 物事を楽しめない	
自分に話しかける声が聞こえる 実際に見えないものが見える 自分の噂をされている	
その他()	

12. ご本人の最近の睡眠・食欲の状況について当てはまるものに○をつけ、記入をして下さい。	
よく眠れている	
眠れていない → なかなか寝付けない 途中で目が覚める 眠りが浅い	
平均睡眠時間 約 ~ 時間 (就寝 時頃・起床 時頃)	
食欲 ない ある	
体重の変化 ない ある → ____ヶ月で____kgの減少・増加	

13. ご本人はアレルギーはありますか？○を付けて下さい。	
いいえ・はい → たまご 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他()	
薬(名称) 注射(名称)	

14. 女性の方は当てはまるものに○を付けて下さい。	
現在妊娠していますか？ はい→__ヶ月 いいえ	

15. 最後に、ご本人の好きな事や趣味、部活等教えてください。	