

## 生協さくら病院 児童・青年期精神科外来 問診票

記入日 年 月 日  
記入者氏名 続柄( )

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| (ふりがな)       | 生年月日: 年 月 日 ( 歳 ) |
| お名前:         | 学校名・園名:           |
| 性別:( 男 ・ 女 ) | 学年:               |

受診される方のこれまでの様子と現在の様子、ご家族についてお聞きします。

思い出せないもの、答えたくないものは空欄のままで結構ですので、わかる範囲でご記入ください。

○当院の受診を希望された目的や、相談したい内容をお書きください。

( )

### I. 出生時～就学状況について

○出生時について

在胎:( )週 出生時体重:( )g

分娩のしかた: 自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他( )

出産前後で気になった点があればお書きください。( )

○乳幼児健診などで指摘を受けたことがありますか。ある場合はその内容も教えてください。

乳児健診: ない ・ ある ( )

1歳半健診: ない ・ ある ( )

3歳健診 : ない ・ ある ( )

○保育園、幼稚園の頃について

登園状況: ほとんど休まない ・ 時々休む ・ しょっちゅう休む ・ ほとんど休む

先生からの指摘: ない ・ ある ( )

家庭で気になった点: ない ・ ある ( )

○小学校入学後について

登校状況: ほとんど休まない ・ 時々休む ・ しょっちゅう休む ・ ほとんど休む

成績: とても良い ・ 良い ・ ふつう ・ 悪い ・ とても悪い

先生からの指摘: ない ・ ある ( )

家庭で気になった点: ない ・ ある ( )

○中学校入学後について

- 登校状況: ほとんど休まない · 時々休む · しょっちゅう休む · ほとんど休む  
成績: とても良い · 良い · ふつう · 悪い · とても悪い  
先生からの指摘: ない · ある ( )  
家庭で気になった点: ない · ある ( )

○高校入学後について

- 登校状況: ほとんど休まない · 時々休む · しょっちゅう休む · ほとんど休む  
成績: とても良い · 良い · ふつう · 悪い · とても悪い  
先生からの指摘: ない · ある ( )  
家庭で気になった点: ない · ある ( )

○苦手なことを教えてください。

( )

○得意なこと、良いところを教えてください。

( )

**II. 既往歴**

○アレルギー(食物、薬、アルコール、花粉など)がありますか。  
ない · ある (具体的な内容: )

○これまでに大きなケガや病気をされたことがありますか。  
ない · ある →( )歳の時に(病名: )

○現在、治療中のケガや病気はありますか。

ない · ある (病名: )

○現在、内服しているお薬はありますか。

ない · ある (薬の種類: )

○(女性の方は)妊娠の経験はありますか。

ない · 現在妊娠している (週) · 過去に妊娠したことがある

- 現在、当院以外の病院・相談機関などを利用されていますか。  
 現在利用している ・ 以前利用していた ・ 利用したことない

| 機関名 | 時期 | 受けた検査と結果(わかる範囲で) |
|-----|----|------------------|
|     |    |                  |
|     |    |                  |

### III. ご家族について

- 家族構成を下の表にお書きください。

| 続柄 | お名前 | 年齢 | 同居・別居   | 職業(または学校名・園名) |
|----|-----|----|---------|---------------|
|    |     |    | 同居 ・ 別居 |               |
|    |     |    | 同居 ・ 別居 |               |
|    |     |    | 同居 ・ 別居 |               |
|    |     |    | 同居 ・ 別居 |               |
|    |     |    | 同居 ・ 別居 |               |
|    |     |    | 同居 ・ 別居 |               |

- ご家族、ご親戚に、精神科のご病気や発達の遅れなどがあった方はいらっしゃいますか。

- ・ いいえ
- ・ はい ( )

- 当院での診察、治療について、ご要望などがありましたらお書きください。

( )

※当院では診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ををお願いいたします。

**マイナ保険証での診療情報提供に □同意する □同意しない**

問診票は以上です。ご記入ありがとうございました。

(スタッフ記入欄)

|          |        |            |        |        |
|----------|--------|------------|--------|--------|
| KT: . °C | P: 回/分 | BP: / mmHg | 身長: cm | 体重: kg |
|----------|--------|------------|--------|--------|