

児童精神科外来では、診断や投薬の判断だけではなくその後の適切な支援や指導を行っていくことに重点を置いており、本人の成育歴や家族環境をできる限り具体的に把握して診察させていただいております。そのため、事前にご家族からの詳細な情報が不可欠であり、長い問診となりご負担をかけて申し訳ありませんが、より良い診療のため何卒よろしくお願い申し上げます。

※診察時に薬物療法やカウンセリングについて等のご質問を頂くことが非常に多くなっております。

WEBサイトの「よくある質問」に掲載しておりますので予めご確認したうえでご来院下さい。

※その他、初診時に必要なものにつきまして問診票の最後にチェックリストをご用意しておりますので是非ご利用していただきますようよろしくお願い申し上げます。

I 受診を考えるきっかけとなった出来事やその時の対応、その後の経過についてご記載ください

(例：小学〇年に朝起きられなくなって学校を休みがちになった。学校の先生の勧めで〇〇クリニックを受診、〇〇と診断され、〇〇を内服して改善した。など )

--

II 既往歴

①身体的な疾患について

・かかったことのある感染症

麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
風疹	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
おたふく	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
百日咳	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
突発性発疹	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
その他		

・けいれん発作

<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり → 初回発作： 歳 カ月 最終発作： 歳 カ月 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

・てんかんの診断

<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり → 内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

・視力の障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 )
・聴力の障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 )
・糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 )
・川崎病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 )
・食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 ) 内容：
・花粉症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 )
・気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 )
・薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(診断年齢： 歳 カ月 )
・その他身体的疾患の既往があればご記載ください			

・今までに発達検査（心理検査）を受けたことはありますか？

※心理検査結果をお持ちの場合はコピーして診察時にご持参下さい

なし

あり →

年齢：	歳 月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		
年齢：	歳 月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		
年齢：	歳 月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		
年齢：	歳 月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		
年齢：	歳 月	どのように説明されたか
検査場所：		
検査名：		

・今までに受けたことのある検査があればご記載ください（複数回ある場合は直近のもの）

検査名	受検	病院名	年齢	結果
CT検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
脳波検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
MRI検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
視力検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
聴力検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
筋生検	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

③内服薬について

・現在内服中の薬があればご記載ください

なし

あり → 内容：



## ③転居歴について

 なし あり →

出生地	
歳 カ月	( ) から ( ) へ
歳 カ月	( ) から ( ) へ
歳 カ月	( ) から ( ) へ
歳 カ月	( ) から ( ) へ
歳 カ月	( ) から ( ) へ

## IV 妊娠分娩歴

## ①妊娠中の出来事について

- ・不妊治療  なし  あり
- ・妊娠中毒症  なし  あり  わからない
- ・切迫流産  なし  あり  わからない
- ・母親の病気  なし  あり (疾患名: )
- ・母親の飲酒  なし  あり (1日あたりの飲酒量: )
- ・母親の喫煙  なし  あり (1日あたりの喫煙量: )
- ・母親の受動喫煙  なし  あり
- ・母親の服薬  なし  あり (薬剤名: )
- ・その他妊婦検診中に何か指摘されたことはありますか

 なし あり →

--

## ②出生時・申請時期について

分娩医療機関			
分娩方法	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 吸引・鉗子分娩
妊娠週数	週	日	出生体重 g
アプガースコア	1分値:	5分値:	<input type="checkbox"/> 母性手帳記載なく不明
栄養方法	<input type="checkbox"/> 母乳栄養	<input type="checkbox"/> 人工栄養	<input type="checkbox"/> 混合栄養
新生児期のトラブル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胎児ジストレス <input type="checkbox"/> 新生児黄疸 <input type="checkbox"/> その他: ( )		





・親や兄弟との関係で気になることはありましたか？

なし

あり →

・その他当時の生活で問題点や気になることはありましたか？

なし

あり →

## VII 中学生（未就学の場合は飛ばしてください）

・登校状況

問題なく登校

行き渋りあり

保健室登校

不登校期間あり

・登校状況に問題があった場合、時期やその時の様子について具体的にご記載ください

・友人とのかかわり方

問題なし

トラブルが多い

わからない

・成績

上

中

下

・学校生活についてあてはまるものはありますか？（複数回答可）

忘れ物が多かったり、片付けや整理整頓ができない

授業中に無断で席を離れたり教室から出たりする

友人とのトラブルが多い

一人でいることが多い

新学期や新しい環境や人になれるのに時間がかかる

特に該当するものはなし

その他：（

）

・学習の中で極端に苦手なものはありますか？（複数回答可）

計算

音読

書字

作文

漢字

文章問題の理解

特に該当するものはなし

その他：（

）

・クラブ活動はしていましたか？

なし

あり → 所属クラブ：（

）

・習い事はしていましたか？

なし

あり →

年生～	年生	内容：	週に	回
年生～	年生	内容：	週に	回
年生～	年生	内容：	週に	回
年生～	年生	内容：	週に	回
年生～	年生	内容：	週に	回

・学校の先生から何か問い合わせや指摘はありましたか？

なし

あり →

・親や兄弟との関係で気になることはありましたか？

なし

あり →

・その他当時の生活で問題点や気になることはありましたか？

なし

あり →

## VII 中学卒業以降（該当しない場合は飛ばしてください）

・学校生活や職場での様子など気になることがあればご記載ください



お子さんの児童精神科外来受診を希望される保護者の方の中には、育児の中で負荷がかかっているにも関わらず相談先が無かったり、負荷に気づかないまま過ごしてしまい、二次障害をきたしてしまうことがあります。そのため、お子さんと一緒に保護者の方もフォローアップさせていただくことが治療上重要と考えております。当クリニックでは、お子さんの初診時に保護者の方もカルテを作成させていただいていつでも相談できる体制をとらせていただいております。  
**お手数ですが当日付き添っていただく保護者の方について、人数分ご記入をお願いいたします。**

お名前：

続柄： 父  母  その他（ ）

I 保護者の方自身について、現在の困っている症状があればご記載ください

(不眠、イライラ、育児の悩み、生理前の体調不良、更年期障害、等なんでもご記載ください)

・現時点で保護者のこころの診療の受診希望はありますか？

- なし →  特に困っていない・受診を考えるほどの症状ではない  
 既に別の心療内科・精神科に通院中である  
 あり

II 保護者の方自身について、既往歴があればご記載ください

身体疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →
精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →

III 保護者の方自身について、現在服薬されているお薬があればご記載ください

なし

あり → 内容：

IV 保護者の方自身について、幼少期・小中高大学・社会人・結婚後などのそれぞれの時期で何か特別に困っていたことがあった場合はご記載ください

V 保護者の方自身について、現在の日常生活についてご記載ください

現在の職業			
食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	睡眠時間	時から 時 (平均 時間程度)
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(1日あたりの飲酒量： )	
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(1日あたりの喫煙量： )	
趣味や気分転換の方法			

児童精神科外来の初診受診では、事前に準備や確認をしていただいたり当日ご持参していただく必要があるものが多く、当日来院してから必要なものが足りないことが分かるケースがございます。診療に影響が出ることもございますので来院前には当チェックリストをご活用いただきますようお願い申し上げます。

- 保険証
  - 母子手帳
  - 福祉受給者証（こども医療受給者証など 該当者のみ）
  - 医療券（該当者のみ）
  - 各種手帳（療育手帳、精神障害者福祉手帳など 該当者のみ）
  - 児童精神科外来初診問診票
  - 紹介状（該当者のみ）
  - 今までの検査結果（該当者のみ）
  - よくある質問のページの確認
- ※診察・薬物療法・検査・カウンセリング・通院などについて掲載させていただいておりますので  
予め確認していただいてからご来院頂きますようお願いいたします

QRコード⇒



- 初診時の同伴者の決定（以下を確認して同伴者をお決めください）

※児童精神科外来の初診には十分時間をお取りして、医療機関で出来ること、関連機関との連携、見通しなど詳しいお話をさせていただきます。反面、再診では診療時間の関係上こういったお話を初診時と同じようにさせていただくことは難しく、こういった話を聞いておきたいと希望されるご家族の方がおられる場合は、初診時に同伴して頂きますようお願いいたします

～各チェック項目をご確認の上でご来院ください～