

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。

※初診WEB予約の際にも簡易問診がありますが、それとは別に当問診票も必ず事前に全て記載して印刷してご持参下さい。また、現在他院通院中の方は紹介状の持参もお願いします。

- 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：		
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: ()		

①成長発達について（まだの場合は記載せずをお願いします。※記載例：1歳2か月→14か月）

- ・あやし笑い () ・首の座り ()
- ・お座り () ・ハイハイ ()
- ・つかまり立ち () ・ひとり歩き ()
- ・始語 () ・二語文 ()
- ・おむつが取れる () ・人見知り強い ()

②検診、相談について（受けた指導などがあればご記載ください）

1か月検診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	()
乳幼児検診（4か月）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	()
乳幼児検診（8か月）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	()
乳幼児検診（1歳半）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	()
乳幼児検診（3歳）	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	()
その他発達相談	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	()

③その時期の日常生活での様子について（今は改善していても当時がある場合はチェックして下さい）

・特徴（複数回答可）

- 落ち着きなく動く 一人であることが好き 手先が不器用
- こだわりが強い 些細なことに不安になる 切り替えが苦手
- 大きな音が苦手 新しい環境に慣れにくい 癩癩を起こしやすい
- 転倒しやすい 食べ物の好き嫌いが激しい 人見知り強い
- 苦手な素材の服がある 人ごみが苦手 まぶしいのが苦手
- 他人との距離が近い 生ごみやトイレが苦手 夜泣き強い
- 集中しにくい マイペースすぎる すぐに人や物を叩く
- 目があいにくい 言葉で伝えるのが苦手 オウム返しが多い
- 上記に該当無し その他： ()

・幼稚園や保育園の先生から何か問い合わせや指摘はありましたか？

- なし 通園していない
- 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 →

・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

①該当する項目にチェックを付けてください

年次	自宅	通園	療育	支援学級	保健室登校	不登校	スクール カウンセラー	デイ サービス
～1歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
1～2歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
2～3歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
年少	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
年中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
年長	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
小1	<input type="checkbox"/> 普通学校 <input type="checkbox"/> 支援学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
小2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
中1	<input type="checkbox"/> 普通学校 <input type="checkbox"/> 支援学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
中2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
中3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

②利用している制度で該当する項目があればチェックを付けてください

- 療育手帳（等級： ） 精神障害者保健福祉手帳
 特別児童扶養手当 児童扶養手当 自立支援医療

③利用している機関で該当する項目があればチェックして機関名をご記載ください

- 医療機関 → ()
 児童福祉センター → ()
 児童相談所 → ()
 児童療育センター → ()
 児童発達支援センター → ()
 放課後等デイサービス → ()
 カウンセリング → ()
 訪問看護 → ()
 母児寮 → ()
 ショートステイ → ()

④その他、相談や利用をしている機関や制度があればご記載ください

--

Ⅸ その他、問診では伝えられなかったことで現在の様子で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	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
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	<input style="width: 100%;" type="text"/>		