

保護者のこころの診療は、当クリニックに通院中のお子さんの保護者の方々を対象としております。意識されていないことも多いのですが、育児は非常に負荷がかかるものです。日々の育児の中で、保護者の方に「抑うつ」「不眠」等の精神的な症状が出現することは実は少なくありません。また、当時は特に困っておらず意識していなかったたが今になって負担となっていることもあり、様々な要素が関わりあって困った症状を呈している場合もあります。もちろんほとんどの場合は軽症であり、精神科での治療を本格的に要することはないのですが、中には気付かないうちに重症化してしまうケースもあります。早期介入が望ましいのですが、精神科自体への受診のハードルが高かったり、お子さんを優先して自身のケアが後回しになってしまったりで、受診が遅れてしまいがちです。些細な症状でも気になることがございましたらご記載ください。

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

II 現在のお困りの症状や問題について、当てはまるものはありますか？

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める | <input type="checkbox"/> 早朝に目が覚める |
| <input type="checkbox"/> やる気が出ない | <input type="checkbox"/> 些細なことが気になる | <input type="checkbox"/> 切り替えが苦手 |
| <input type="checkbox"/> 大きな音が苦手 | <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れにくい | <input type="checkbox"/> 憂うつである |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 動悸がする | <input type="checkbox"/> 人見知りが強い |
| <input type="checkbox"/> 苦手な素材の服がある | <input type="checkbox"/> 人ごみが苦手 | <input type="checkbox"/> まぶしいのが苦手 |
| <input type="checkbox"/> 他人との距離間が苦手 | <input type="checkbox"/> 生ごみやトイレが苦手 | <input type="checkbox"/> イライラする |
| <input type="checkbox"/> 集中しにくい | <input type="checkbox"/> 緊張しやすい | <input type="checkbox"/> 声が聞こえる |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 吐き気がする | <input type="checkbox"/> 生理前がしんどい |
| <input type="checkbox"/> 仕事のミスが多い | <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い | |
| <input type="checkbox"/> その他 → | | |

III 既往歴

①身体疾患

- なし
 あり →

病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中

なし

あり →

病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中
病名		発症年齢	歳	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中

通院歴

年 月 ~ 年 月		クリニック/病院	通院/入院
年 月 ~ 年 月		クリニック/病院	通院/入院
年 月 ~ 年 月		クリニック/病院	通院/入院
年 月 ~ 年 月		クリニック/病院	通院/入院

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:

IV 家族構成・家族歴

①本人と近い家族について (把握できる範囲で全てご記入お願いします)

名前 (年齢)	続柄	職業・学校	同居の有無	持病 (あれば)
(__歳)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 継母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)	<input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(__歳)			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

②転居歴について

なし

あり →

出生地	
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ
年 (歳)	() から () へ

V 生活歴

①学歴・職歴についてお答えください

幼稚園・保育園①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	で転園
幼稚園・保育園②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	で転園
小学校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
小学校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
中学校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
中学校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
高校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
高校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
大学・専門学校①	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
大学・専門学校②	名称：	<input type="checkbox"/> 卒	<input type="checkbox"/>	年生で転校
職歴①	職業：		歳～	歳まで勤務
職歴②	職業：		歳～	歳まで勤務
職歴③	職業：		歳～	歳まで勤務

②婚姻歴についてお答えください

歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 (歳時)
歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 (歳時)
歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 (歳時)
歳で結婚	お子さん	人	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 離別 (歳時)

①自身の家族関係で困っていた (大変だった) ことはありますか？

なし

あり →

なし

あり →

③自身が小・中学校の頃に困っていた（困っていたよと言われた）ことはありますか？

なし

あり →

④自身が高校・大学の頃に困っていたことはありますか？

なし

あり →

⑤自身が就職してから困っていた（困っている）ことはありますか？

なし

あり →

⑥自身が結婚してから困っていた（困っている）ことはありますか？

なし

あり →

⑦現在の日常生活についてご記載ください

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			

①自身が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

- 自立支援医療 精神障害者保健福祉手帳
 障害年金 療育手帳 (等級:)

②自身が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 → ()
 保健福祉センター → ()
 母児寮 → ()
 訪問看護 → ()
 ヘルパー → ()
 カウンセリング → ()
 ケアマネージャー → ()
 デイケア → ()

③その他、利用をしている制度や機関があればご記載ください

VII その他、問診では伝えられなかったことで現在の症状で気になることがあればご記載ください