

# 子ども用問診票

分かる範囲で結構ですので下記について記入し、初診日に可能ならご持参ください。  
限られた時間の中で診察を進めやすくするため、ご協力よろしくお願いします。

1. ふりがな  
氏名 :

2. 学校名 : (普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 通級利用)

3. 紹介元 (あれば) :

## 1 どのようなことでお困りですか？また、それはいつ頃からですか？

お困りのこと・相談したいこと

いつ頃からですか。きっかけはありましたか

## 2 当院への希望

診断 ・ 治療 ・ 検査 ・ 相談 ・ その他 ( )  
お薬による治療について 必要なら使用したい ・ 抵抗がある )  
(理由 : )

## 3 これまでどこかで相談したことがありますか。結果はどうでしたか？

(例 2015年に〇×小児科を受診して ADHD という診断で漢方薬治療とペアトレを受けた)

## 4 これまでの病気と治療について当てはまる項目に○を付けてください

(当てはまる項目に○を付けたり数字をご記入ください)

熱性けいれん・てんかん・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性疾患

過敏性腸炎・起立性調節障害・自家中毒・

その他 ( )

現在服用中の薬 (なし・あり: 病名 薬剤名 )

入院歴 (なし・あり: 歳 病院 病名 )

手術歴 (なし・あり: 病名 )

アレルギー: 食品 ( )

アレルギー: 薬 ( )

アレルギー: その他 ( )

# 子ども用問診票

## 5 ご家族のことをお書きください。

家族や親戚で心療内科受診された方は居られますか  
(なし・あり：続柄 病名 )

家族構成を教えてください

同居している方：(続柄・年齢・職業か学校 例 母 42歳 ○×病院看護師)

同居していない方：(続柄・年齢・職業・地域 例 父 40歳 母方祖父68歳・63歳 群馬県)

## 6 生育歴について分かることをお教えてください

母子手帳の記入を参考にして下さって結構です。

妊娠分娩に変わったことはありましたか なかった/あった( )

出生体重 ( ) g

新生時期 母乳/混合/人工 卒乳 ( ) 歳

夜泣き なかった/あった 寝付き 良かった/悪かった

母の飲酒 なかった/あった 父母の喫煙 なかった/あった

母の常用薬 なかった/あった(薬剤名 )

運動の育ち(例 頸がすわる・寝返り・お座り・つかまり立ち・伝い歩き・初歩)で気になることはありましたか なかった/あった

おもむつ・トイレトレーニング・おねしょなどで気になることはありましたか  
なかった/あった→( )

初めての言葉は何でしたか→( )

言葉で気になることはありましたか なかった/あった( )

人見知り なかった/あった ( ) 月頃

しがみつきや後追い なかった/あった ( ) 月頃

恐がり なかった/あった ( ) 月頃

感覚過敏(例 音・光・触覚・味覚) なかった/あった ( ) 月頃

不器用さ ない/ある 利き手 右/左

園や学校で指摘されたことや、印象に残ることがあれば、お書きください。

( )

## 7 当院をどちらで知りましたか

医療機関の紹介 ( ) ・ 知人の紹介 ( ) 様

ホームページ ・ 教師やスクールカウンセラーなど専門家からの紹介

チラシ ・ 看板 ・ 通りすがり

質問は以上です。長時間、ありがとうございました。