

こども用問診票

受診者氏名（お子様の氏名をお書きください）

ふりがな

氏名：

生年月日：西暦 年 月 日 性別：（ 男 ・ 女 ）

学校名： （普通学級・特別支援学級・通級利用）

住所：

連絡先：（携帯）： （自宅）：

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 （治療の見立てを行いますので、なるべく具体的にお書きください。）

いつ頃からですか？きっかけはありましたか？

（ ）歳頃から・きっかけ（ ）

2. 当院への希望

相談・検査・診断・治療・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。その結果はどうでしたか？

（例 2015年に△△小児科を受診してAD/HDと診断され、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○や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：病名 病院名 ）

手術歴（なし・あり：病名 病院名 ）

現在の通院先（なし・あり：病院／クリニック名 ）

アレルギー：食品（ ）・薬（ ）・その他（ ）

こども用問診票

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 兄 16 歳 高校生）

同居していない方：（続柄・年齢・地域 例 母方祖父 68 歳・63 歳 山梨県）

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い）

妊娠分娩に変わったことはありませんでしたか なかった／あった ()

出生体重 () g 卒乳 () 歳 () ヶ月 母乳／混合／人工

運動発達で気になることはありませんでしたか なかった／あった（頸がすわる・寝返り・お座り・

つかまり立ち・初歩・その他：)

排泄で気になることはありませんでしたか なかった／あった（トイレトレーニング・おねしょ・

その他)

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 父（なかった／あった）母（なかった／あった）

母の常用薬 なかった／あった（薬剤名 _____）)

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せんでしたか なかった／あった ()

恐がり なかった／あった (歳頃) 人見知り なかった／あった (歳頃)

しがみつきや後追い なかった／あった (歳頃)

感覚過敏 なかった／あった (歳頃：音・光・触覚・味覚・その他：)

不器用さ ない／ある（具体的に： _____) 利き手 左／右

友達関係について気になること（例 同性の友達がいらない、3人以上で話しができない、と言うなど）

()

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

ホームページ・医療機関の紹介 () ・ 知人の紹介 (_____ 様) ・

教師やスクールカウンセラーなど専門家からの紹介 (_____ 様) ・

その他 (_____)

以上です。ありがとうございました。