

子ども用問診票

1. 受診者氏名（お子様に対する相談の場合は親御さんの氏名をお書きください）

ふりがな
氏名：

2. 生年月日：西暦 年 月 日 3. 性別：（男・女）

4. 学校名：（普通学級・特別支援学級・通級利用）

5. 住所：

6. 携帯(連絡先)：

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

いつ頃からですか。きっかけはありましたか

（ ）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 年に〇〇小児科を受診して ADHD という診断で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： 病院） **手術歴**（なし・あり： ）

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（ ）

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/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したか なかった/あった ()

出生体重 () g 母乳/混合/人工 卒乳 () 歳 () ヶ月

運動発達で気になることはありましたか なかった/あった

気になること ()

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)

頸がすわる・寝返り・お座り・つかまり立ち・初歩・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 ()

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)

しがつきや後払い なかった/あった (歳頃)

感覚過敏 (音・光・触覚・味覚) なかった/あった (歳頃)

不器用さ ない/ある (具体的に) 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・教職やスクールカウンセラーなど専門家からの紹介 () その他 ()

以上です。ありがとうございました。