

多度あやめ病院 児童・思春期外来 問診票

記入年月日： 年 月 日

患者氏名： (男・女) 年齢： 才

学校名・学年： 小学校・中学校・高校 年生

記入者の続柄：本人・父・母・その他 () 氏名 (本人以外の場合)：

適切な評価や今後の支援のため、現在の困りごとに加えて、生育歴や家庭環境等も正確に把握する必要があります。記載事項が多くご負担となりますが、ご協力よろしく願いいたします。また、本人・家族の前で言いづらいこと等がある場合は、事前にスタッフへ、もしくは診察開始時に直接医師にその旨をお伝えください。

① 受診のきっかけや心配事はなんですか (複数可)。影響したかもしれないことや、家族や学校など周囲の対応 (効果がなかったことも含めて) などをご記載ください。最近の状態について☑や記載もお願いします。

- ・布団に入る時間は (~)、寝つきは 良い 悪い→ (寝るまで約 分・時間)
- ・夜中に途中で目が覚めること ほとんどなし あり→ (一晩で ~ 回程度)
- ・朝、目が覚める時間は (~)、布団から出る時間は (~)
- ・身長 (cm) 体重 (kg) 測定時期 () 最近の体重増減：なし あり ()

② これまでにかかったことのある病気や体の問題について☑、記載してください。

- 熱性けいれん てんかん ぜんそく アトピー性皮膚炎 花粉症 大きな怪我 ()
- その他 (複数可) (詳細：)
- ・アレルギー：なし あり→ (食物： その他：)
- ・現在通院中/最近受診した病院：なし あり (詳細：)
- ・現在使用中/最近使用した薬 (塗り薬など、薬局等で購入したもの、サプリメント・健康食品等も含む)：なし あり (詳細：)
- ・過去に副作用が出た、あまり効果がなかった薬：なし あり (詳細：)

③ 生まれてから現在までの居住地

- ・生まれた場所： 都道府県 市町村 里帰り出産
- ・居住地： 県 市町村 (期間： から まで)
- 県 市町村 (期間： から まで)

④ 妊娠中～幼児期（小学校入学前）までの様子

- ・妊娠中や出産時の問題（母側も含む）なし あり（詳細：_____）
- ・妊娠期間（_____週 _____日） 出産時の体重（_____g）
- ・1歳6か月健診で指摘：なし あり（詳細：_____）
- ・3歳児健診で指摘：なし あり（詳細：_____）
- ・乳児期・幼児期に以下であてまることはあれば、記載してください。
 - 言葉の遅れ 運動発達（歩き始めなど）の遅れ 視線があわなかった
 - こだわり（詳細：_____）
 - 興味を持つものが限られていた（詳細：_____）
 - 極端な偏食 →の場合、現在は、ある ない
 - 感覚（例：音、におい、肌触り、痛み）の敏感さ・鈍感さ（詳細：_____）
 - 親から平気で離れた 興味がある物へすぐ向かっていった よく迷子になった
 - その他、気になったこと（_____）

⑤ これまで医療機関・公的機関・民間機関等（複数可）に相談したり通ったりしたことはありますか？

時期・期間（年月日/年齢/学年）	どこで	どんな対応をうけましたか？

- ・以下の検査やサポートを受けたことがあれば、記載してください。
 - 脳波検査（いつ：_____ どこで：_____ 結果：異常なし _____）
 - 頭部 CT/MRI（いつ：_____ どこで：_____ 結果：異常なし _____）
 - 知能検査・心理検査（コピー等があれば持参してください）
（いつ：_____ どこで：_____ 検査名：_____ 結果：_____）
 - 療育手帳（等級：_____）
 - 放課後デイサービス等の利用（施設名/期間：_____）

⑥ 幼稚園・保育園・こども園について

- ・（_____）歳から（_____幼稚園・保育園・こども園）に通園 通園なし
- ・トラブルや保育士からの指摘：なし あり（詳細：_____）
- ・加配などのサポート：なし あり

⑦ 小学校について

- ・学校名：（_____）小学校
- ・特別支援学級/通級指導教室の利用：なし あり（期間：_____）
- ・学習の問題：なし あり（読み 書き 計算 その他：_____）
- ・不登校：なし あり（期間：_____）
- ・教師/同級生とのトラブルやいじめ等：なし あり（詳細：_____）

⑧ 中学校について（中学生以上のみ）

- ・学校名：（_____）中学校 ・特別支援学級/通級指導教室：なし あり（期間：_____）
- ・部活動：なし あり（_____部）

⑨ 高校（専修学校等も含む）について（高校生以上のみ）

・学校名：（ ）高校 ・部活動：なし あり（ ）部

⑩ ご本人について

- ・性格（ ）
- ・趣味/好きなこと/得意なこと（ ）
- ・習い事（スポーツ、学習、音楽、芸術など）の経験
なし あり→期間/内容：（ ）から（ ）まで
（ ）
（ ）

⑪ 兄弟、姉妹がいる場合、親の離婚や再婚に伴う異父・異母兄弟姉妹や連れ子も含めて記載してください。

続柄	(氏)名	生年月	学校名・学年・職業	患者本人と
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

⑫ 両親について

- ・離婚・再婚・未婚など：なし あり（詳細： ）
- ・家庭内の問題（病気、経済的危機、深刻な不仲、暴言・暴力・DVなど、両親以外の祖父母等も含めて）：
なし あり（詳細： ）

続柄	氏名	年齢	最終学歴	職業・会社名等	患者本人と
実父		歳	卒・中退		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
実母		歳	卒・中退		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳	卒・中退		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

⑬ 祖父母について

父方祖父	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 敷地内別棟 <input type="checkbox"/> 別居（	市町村）に居住
父方祖母	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 敷地内別棟 <input type="checkbox"/> 別居（	市町村）に居住
母方祖父	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 敷地内別棟 <input type="checkbox"/> 別居（	市町村）に居住
母方祖母	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 敷地内別棟 <input type="checkbox"/> 別居（	市町村）に居住

⑭ 血縁者で精神的な問題（発達の問題、うつ、精神疾患、認知症、自殺など）のある/あった方はいますか？

なし あり→（詳細： ）

⑮ 当院（多度あやめ病院）を受診したことがある親族はいますか？

なし あり→（氏名など： ）

⑯ その他、書ききれなかったことや、病院・医師への要望など、ご自由にお書きください（裏面・別紙可）。