

心療内科問診票（子ども用）

記入日： 年 月 日

記入者： 本人 ・ 母 ・ 父 ・ その他 ()	
ご本人	ふりがな：
	氏名： (男・女) 身長 cm
	生年月日： 年 月 日 () 歳 体重 kg
	郵便番号： 〒 -
	住所： 自宅電話： 携帯電話： [本人・母・父・その他()] * 緊急連絡先： [母・父・その他()] —緊急時に必ず連絡がつく方をお書き下さい—
	医院の名前を出してお電話しても構いませんか (はい ・ いいえ) 園・学校名() 学年 ()

1. 主な心配ごとは何ですか。

2. 今までに相談・医療機関に行かれたことはありますか。(ない・ある)

()歳 施設名:() 担当者:()先生
内容・結果:()

()歳 施設名:() 担当者:()先生
内容・結果:()

3. 次のうち当院に一番期待するものに○をつけて下さい。

診断、心理検査、お薬の処方、カウンセリング、家族の接し方、その他()

4. 出生前後のことについて教えてください。

妊娠中の母体の異常・出生時の異常 ない ある()
出生時 第 () [週・か月]、 体重 () g

5. 発達の様子を教えてください。

首がすわった () か月 一人で歩いた () 歳 () か月
パパ、ママなどの簡単な言葉を使う () 歳 () か月
1歳6か月児健診の指摘 なし・あり ()
3歳児健診の指摘 なし・あり ()

6. 就学前に通所していたところ（療育センター・保健所など）はありますか。（ない・ある）
（ ）歳 から （ ）歳 まで （ ）

7. 幼児期に次のようなことはありましたか。

視線が合いにくい ・ 言葉がなかなか増えない ・ 独語が多い ・ 迷子になりやすい
ひとり遊びが多い ・ こまのようにグルグル回る ・ つま先で歩く ・ 道順や物の位置にこだわる
ミニカーなどをきれいに並べる ・ 回転物(タイヤ等)を眺める ・ 特定のマークやCMが好き

8. (小学生以上の方のみ) 学校生活で困ったことはありますか

友人のこと ない・ある ()
勉強のこと ない・ある ()
その他 ()

9. 今までにかかった主な病気やけがはありますか。

()歳 病名:
()歳 病名:

10. 現在常用している薬はありますか。

ない・ある (薬剤名:)

11. アレルギーはありますか。（ない・ある）

食べ物アレルギー (食品名:) 薬アレルギー (薬剤名:)

12. ご家族についてお聞きします。

- ・ 母: ()歳 職業: 健康状態:
- ・ 父: ()歳 職業: 健康状態:
- ・ きょうだい (ご本人は除く)

	年齢	性別	学年または職業
1	歳	男 女	
2	歳	男 女	
3	歳	男 女	

- ・ 同居している人(ご本人は除く)に○をつけてください。

母, 父, きょうだい()人, 祖母(父方・母方), 祖父(父方・母方), その他()

13. その他、医師に知らせておきたいこと・ご希望があればご記入ください。

14. 当院をどこでお知りになりましたか。

紹介(紹介元:)・インターネット・その他 ()

—ご協力ありがとうございました。なお、この内容は診療以外の目的には使用いたしません—