

【思春期専門外来 初診問診票】

慈恵医大第三病院

記入日 _____年 _____月 _____日

ご家族の方がご記入ください。

受診者氏名：(_____) (男・女) 生年月日 _____年 _____月 _____日

保護者氏名：(_____) (続柄： _____)

1、お子様の妊娠中のことについて教えてください

- ・妊娠中毒症 なし・あり
- ・切迫流産 なし・あり (_____ ヶ月) ・切迫早産 なし・あり (_____ ヶ月)
- ・薬剤使用 なし・あり (薬剤名： _____)

2、出産の時のことについて教えてください

- ・在胎 _____ 週 ・出生体重 _____ g ・自然分娩・帝王切開・その他 (_____)
- ・仮死 なし・あり ・保育器の使用 なし・あり (期間： _____ 日間)

3、乳幼児 (0歳) について教えてください

- ・首座り (_____ ヶ月) ・おすわり (_____ ヶ月) ・はいはい (_____ ヶ月)
- ・一人歩き (_____ ヶ月) ・単語を話す (_____ ヶ月)
- ・あやすと笑いましたか? はい・いいえ
- ・喃語は出ましたか? はい・いいえ
- ・お母さんの後追いをしましたか? はい・いいえ
- ・人見知りをしましたか? はい・いいえ
- ・音に対する反応は? 敏感だった・ふつう・鈍感だった
- ・名前を呼んで振り返りましたか? はい・いいえ
- ・イナイイナイバアを喜びましたか? はい・いいえ
- ・抱きにくく、抱かれにくいお子さんでしたか? はい・いいえ
- ・授乳、離乳について困ることはありましたか? はい・いいえ
- ・健診で問題を指摘されましたか? はい・いいえ
- ・その他 (_____)

4、幼児期（1歳～就学前まで）について教えてください

- ・視線が合わないと感じたことはありますか？ はい・いいえ
- ・親から平気で離れましたか？ はい・いいえ
- ・おうむ返しが多かったですか？ はい・いいえ
- ・こだわりやすい傾向がありましたか？ はい・いいえ
- ・睡眠は規則正しくとれていましたか？ はい・いいえ
- ・ことばの発達で気になることがありましたか？ はい・いいえ
- ・トイレトレーニングで気になることがありましたか？ はい・いいえ
- ・健診で問題点を指摘されましたか？ はい・いいえ
- ・その他（)

5、集団場面での様子について教えてください

幼稚園・保育園 _____歳から

- ・親から離れる時泣きましたか？ はい・いいえ
- ・集団行動はとれましたか？ はい・いいえ
- ・友達はできましたか？ はい・いいえ
- ・その他（)

小学校 公立・私立 (学校名:)

いじめ なし・あり

不登校 なし・あり

成績 上・中・下 (得意な教科 _____ 不得意な教科 _____)

習い事や塾には通っていましたか？ はい・いいえ

その他 ()

中学校 公立・私立 (学校名:)

いじめ なし・あり

不登校 なし・あり

成績 上・中・下 (得意な教科 _____ 不得意な教科 _____)

クラブ活動 なし・あり (_____ 部)

習い事や塾には通っていましたか？ はい・いいえ

その他 ()

6、今までかかったことのある病気について教えてください

- ・ひきつけ なし・あり (歳)
- ・初潮 なし・あり (歳)
- ・アレルギー なし・あり ()
- ・その他 なし・あり (病名:)
- ・今まで他の医療機関や相談機関に行ったことがありますか? ない・ある

7、ご家族のことについて教えてください

- ・父 (歳) 健康・病気 ()・離別・死別
職業 () 最終学歴 ()
- ・母 (歳) 健康・病気 ()・離別・死別
職業 () 最終学歴 ()
- ・兄弟姉妹 1:男・女 (歳) (学年:) 2:男・女 (歳) (学年:)
3:男・女 (歳) (学年:) 4:男・女 (歳) (学年:)
- ・その他に同居の親族はいますか? いいえ・はい ()
- ・ご家族の方で精神科を受診されたことがある方はいらっしゃいますか?
いいえ・はい ()

8、診察でお聞きになりたいことや、診察のご希望があればご記入ください。

おつかれさまでした。診察までしばしお待ちください。

【思春期専門外来 初診問診票】

慈恵医大第三病院

記入日 _____年____月____日

ご本人がご記入ください。

ご本人が記入できない場合はご家族がご記入ください。

受診者氏名：(_____) (男・女) 生年月日 _____年____月____日

1、どなたの希望で受診されましたか？

自分 ・ 家族 ・ どちらとも言えない

2、相談したいこと、困っていることをどのようなことですか？

下記で困っていることがありましたらマルをつけて、具体的にご記入ください。

体調 _____

学校 _____

家庭 _____

勉強 _____

人付き合い _____

その他 _____

3、現在ある症状について、当てはまるものにチェックしてください。

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している | <input type="checkbox"/> 朝起きられない |
| <input type="checkbox"/> 意欲が出ない | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む | <input type="checkbox"/> 疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> 何事にも不安 | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする | <input type="checkbox"/> 息苦しくなる |
| <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 集中力がない | <input type="checkbox"/> テレビの内容が頭に入らない |
| <input type="checkbox"/> 好きなことをしても楽しくない | | <input type="checkbox"/> 世の中のことに興味がなくなった |
| <input type="checkbox"/> よく涙が出る | <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち | <input type="checkbox"/> 自傷行為 |
| <input type="checkbox"/> イライラする | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦る | <input type="checkbox"/> 怒りやすい |

