

# 児童思春期外来問診票

ふりがな  
記入者氏名

続柄：

|       |   |      |   |    |      |
|-------|---|------|---|----|------|
| ふりがな  |   | 性別   | 男・女   | 年齢 | 歳 カ月 |
| 患者氏名  |   | 生年月日 | 年 月 日   |    |      |
| 学校名   |   | 登校状況 | <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い<br><input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室や適応教室へ登校<br><input type="checkbox"/> 不登校( 年の頃から) |    |      |
| 学年(組) | 年 組   |      |   |    |      |
| 学級    | <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 支援 |      |   |    |      |
| 身長/体重 | cm/ kg  | 月経   | <input type="checkbox"/> 初潮 <input type="checkbox"/> 順調(初潮： 歳) <input type="checkbox"/> 不順  |    |      |

(1) 本日来院されたのはどのような心配や問題のためでしょうか？

(2) 心配や問題が始まったのはいつ頃からですか？( 年 月頃 または 歳頃)

(3) 現在の様子(受診日頃)をお聞かせください

|         |  |
|---------|--|
| 食事      | <input type="checkbox"/> 三食きちんと食べている <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食嘔吐<br><input type="checkbox"/> その他( )   |
| 睡眠      | <input type="checkbox"/> リズムよくとれている <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 寝すぎる <input type="checkbox"/> 朝起きれない <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転   |
| 気分      | <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 引きこもりがち <input type="checkbox"/> 落ち込んでいる <input type="checkbox"/> すぐ泣く <input type="checkbox"/> すぐ怒る <input type="checkbox"/> 波がある<br><input type="checkbox"/> その他( )               |
| 人間関係    | <input type="checkbox"/> うまく協力できない <input type="checkbox"/> うまく話せない <input type="checkbox"/> 乱暴 <input type="checkbox"/> 一人でいることができない<br><input type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> 決まった友達がいない <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 休日の過ごし方 | 具体的に：  |

(4) 今までに大きな病気にかかったり、大きなけがをしたりしたことがありますか？

(5) 本日の受診について、ご本人にどのように説明されましたか？

(6) 家族構成についてご記入ください

| 名前    | 続柄 | 年齢 | 職業(学年)   | 同居の有無 | 精神科・心療内科受診歴 |
|-------|----|----|----------|-------|-------------|
| 【例】太郎 | 兄  | 18 | 高校生(3年生) | 有・無   | 無・有→病名:     |
|       | 父  |    |          | 有・無   | 無・有→病名:     |
|       | 母  |    |          | 有・無   | 無・有→病名:     |
|       |    |    |          | 有・無   | 無・有→病名:     |
|       |    |    |          | 有・無   | 無・有→病名:     |
|       |    |    |          | 有・無   | 無・有→病名:     |
|       |    |    |          | 有・無   | 無・有→病名:     |

(7) 生まれてから現在に至るまでのことをご記入ください

|  |  |
|--|--|
| 出生時  | <input type="checkbox"/> 満期産 <input type="checkbox"/> 早/遅 _____日   |
|  | 生下時体重 _____g<br>分娩: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他)  |
| 新生児期   | <input type="checkbox"/> 黄疸(普通/重度)<br><input type="checkbox"/> 哺乳不振<br>その他の異常(けいれん・疾患 等)<br>( _____ )  |
|  | 乳首の座り: _____ヶ月(3-4) お座り: _____ヶ月(5-6) はいはい: _____ヶ月(7-8)<br>始歩: _____ヶ月(12-13) 始語: _____ヶ月(12-14) 二語文: _____ヶ月(1;7-2;0)<br>排泄自立: _____ヶ月(2;10-3;0)   |
| <b>【健康診断】</b> 特に問題なかった / 何か指摘された   |  |
| <b>【身体的特徴】</b> 利き手: 右 / 左 アレルギー: 有 / 無( _____ ) かんしゃく: 有 / 無( _____ )<br>視力・視線の異常を疑ったこと: 有 / 無( _____ ) 聴力の異常を疑ったこと: 有 / 無( _____ )<br>偏食: 有 / 無( _____ ) 睡眠の問題: 有 / 無( _____ ) 健康状態: 有 / 無( _____ ) |  |
| 幼児期  | 1) 保育園や幼稚園に通いましたか?(いいえ・はい→園名: _____ ( _____ )歳から _____ )   |
|  | 2) 療育機関に通ったことがありますか?(いいえ・はい→機関名: _____ )   |
|  | 3) 園や集団の中で、どのような様子でしたか?<br><input type="checkbox"/> 母(保護者)と離れにくい <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れづらい <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 活動を飛び出す <input type="checkbox"/> 友達と積極的に遊ぶ <input type="checkbox"/> 友達に誘われれば遊ぶ <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____ )   |
|  | 4) 運動会や発表会などの行事の際の様子はどうか?<br><input type="checkbox"/> 問題なかった <input type="checkbox"/> 参加できなかった<br><input type="checkbox"/> 練習と本番で様子が違った(具体的に: _____ )  |
|  | 5) 保育士や幼稚園教諭の先生からは、どのような子と言われていましたか?<br>→ _____  |
|  | 6) どのような遊びが好きでしたか?<br>→ _____  |
|  | 7) 3~6歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか?<br><input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になる <input type="checkbox"/> 物や場所、衣類、順番にこだわりがある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない<br><input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しい <input type="checkbox"/> パニックやかんしゃくがひどい <input type="checkbox"/> 音や臭いに敏感<br><input type="checkbox"/> 指示に従いにくい <input type="checkbox"/> 人見知りや場所見知りがある <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____ ) |

|             |   |
|-------------|---|
| 小<br>学<br>校 | 1)小学校について教えてください(学校名：<br>)/転校経験： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 公立小学校( <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級学級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 支援学級) <input type="checkbox"/> 私立小学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校   |
|             | 2)出席状況はどうでしたか？<br><input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室・適応指導教室 <input type="checkbox"/> 不登校( 年生頃)  |
|             | 3)学校生活での様子で当てはまるものはありますか？<br><input type="checkbox"/> 物忘れが多い <input type="checkbox"/> 片づけや整理整頓ができない <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れる <input type="checkbox"/> 落ち着きがない<br><input type="checkbox"/> ぼーっとしていることがある <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言がある<br><input type="checkbox"/> 一人であることが多い <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> いじめられたことがある <input type="checkbox"/> 不器用<br><input type="checkbox"/> 新学期や新学年などの新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる<br><input type="checkbox"/> 球技やマット運動などの運動が苦手 <input type="checkbox"/> その他(具体的に： ) |
|             | 4)成績はどうでしたか？( <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位)  |
|             | 5)学習の中で極端に苦手なものはありましたか？(いいえ・はい)<br><input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 音読 <input type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> 作文 <input type="checkbox"/> 漢字 <input type="checkbox"/> 文章問題の理解 <input type="checkbox"/> その他(具体的に： )  |
|             | 6)学校の先生からは、どのような子と言われていましたか？<br>→   |
| 中<br>学<br>校 | 1)中学校について教えてください(学校名：<br>)/ 転校経験： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 公立中学校( <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級学級 <input type="checkbox"/> 支援学級) <input type="checkbox"/> 私立中学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校  |
|             | 2)出席状況はどうでしたか？<br><input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室・適応指導教室 <input type="checkbox"/> 不登校( 年生頃)  |
|             | 3)学校生活での様子で当てはまるものはありますか？<br><input type="checkbox"/> 物忘れが多い <input type="checkbox"/> 物を失くす、物が見つからず探すことが多い <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れる<br><input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言をよくする<br><input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人であることが多い <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができない<br><input type="checkbox"/> その他(具体的に： )   |
|             | 4)成績はどうでしたか？( <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位)  |
|             | 5)得意科目と苦手な科目を教えてください(得意：<br>/苦手 )   |
|             | 6)部活動に入部していますか？(いいえ・はい→部活名：<br>)  |
|             | 7)学校の先生からは、どのような子と言われていましたか？<br>→   |