

千葉メンタルクリニック 児童精神科 問診票

初診当日までにご記入をお願いいたします。

☆当日、患者さんと一緒に来院される方のお名前と続き柄：

氏名： _____ 続き柄： _____

氏名： _____ 続き柄： _____

① 患者さんについて：

氏名： _____ (ふりがな： _____)

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別： _____

住所： 〒 _____

学校名： _____

学年・クラス： _____ 年 _____ 組

担任の先生の名前： _____ 先生

妊娠中に切迫流早産や妊娠高血圧症候群その他のトラブルがありましたか？ (YES/NO)

YES の場合、詳細： _____

在胎週数： _____ 週

自然分娩／吸引分娩／鉗子分娩／帝王切開

※当てはまるものに○をつけてください。

出生児体重： _____ グラム

出生直後に新生児仮死、臍帯巻絡、羊水混濁その他のトラブルがありましたか？ (YES/NO)

YES の場合、詳細： _____

栄養：母乳、ミルク、混合

※当てはまるものに○をつけてください。

頸が座った： _____ か月、お座り： _____ か月、一人で歩いた： _____ か月、

単語が出た： _____ か月

健診では何か指摘がありましたか？ (YES/NO)

YES の場合、詳細： _____

あやすと笑いましたか？ (YES/NO)

人見知りはありませんでしたか？ (YES/NO)

後追いはありましたか？ (YES/NO)

抱っこを嫌がることはありませんでしたか？ (YES/NO)

視線があわないと感じることはありませんでしたか？ (YES/NO)

保育園／幼稚園に通い始めた年齢： _____ 歳 _____ か月

小学校に入る前までは、どんな遊びを好んでいましたか？

その他、何か小学校に入る前までのことで、気になる様子がありましたか？

小学校時代に、他の同年代と比べて以下の様子が目立ちましたか？

(※当てはまるものに○をつけてください。)

集中が続かない／すぐ飽きる／すぐに気が散る／忘れ物・失くし物が多い／

うっかりミスが多い／字が汚い／学校のプリントを失くす／宿題を間に合わせられない／

落ち着きがない／極端なおしゃべり／すぐ転ぶ・ぶつかる・ものを落とす／

小さなケガが多い／すぐ喧嘩をする／順番を待てない／

物音に過敏／光に過敏／臭いに過敏／味や舌ざわりに過敏／触られるのを嫌がる／

服のタグや縫い目を嫌がる／急な予定変更を嫌がる／自分のやり方や順番にこだわる／

体温調整ができない／極端に不器用／疲れや空腹に気づけない

親から見た性格： _____

女の子の場合、はじめて生理がきた年齢もしくは学年： _____

これまでに何か大きな病気やケガをしたことがありますか？ (YES/NO)

YES の場合、詳細： _____

学校でのだいたいの成績および得意科目、不得意科目：

友だち関係で気になること：

家族関係で気になること：

② お父さんについて：

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

仕事（お勤め先）： _____

最終学歴（学校名）： _____

電話番号： _____

③ お母さんについて：

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

仕事（お勤め先）： _____

最終学歴（学校名）： _____

電話番号： _____

④ きょうだいについて：

氏名、生年月日、性別、学年の順番に記入してください。

ひとりめ： _____

ふたりめ： _____

さんにんめ： _____

よにんめ以降：

⑤ その他の同居家族：

氏名、年齢、続き柄、職業の順番に記入してください。

ひとりめ： _____

ふたりめ： _____

さんにんめ以降：

⑥ 今回、相談したい内容について、簡単に記入してください。

⑦ その他、何か重要だと思うことがあれば、何でもご記入ください。

ご協力、ありがとうございました。