

予 診 票

年 月 日

児童・思春期のお子様の場合、大人と比較して、言葉での診察が困難であります。また、お子様の心理的な問題はこれまでの発達、体質、育ってきた環境などが関連すると思われます。そのため事前にご家族からの詳細な情報が何よりも重要と考えております。大人の間診票より詳細な質問内容となりますが、できる限りご記入ください。ご協力何卒よろしくお願い申し上げます。

※何も問題がない場合には「なし」、分からないことがあれば「不明」とご記入ください。

しめい
氏名：

性別：

生年月日：

記入者：

続柄：

① どうして受診しようと思いましたか？

② 誰かに受診を勧められましたか？（複数回答あり）

本人希望 友人 家族 学校・幼稚園 保健センター 子ども相談センター

紹介で（病院名： _____）

その他（ _____ ）

③ 今まででかかった大きな病気、けが、事故についてご記入ください。

なし ・ あり （ _____ ）

④ 現在も治療している病気はありますか？

（病名： _____ ）

⑤ 服用しているお薬はありますか？

なし ・ あり （薬剤名： _____ ）

⑥ ご家族について同居している方を全てご記入ください。（例：祖父、祖母、父、母、姉、弟）

（ _____ ）

家族、親族で精神科、心療内科にかかったことがある方があれば、ご記入下さい。

（続柄： _____ 病名： _____ ）（続柄： _____ 病名： _____ ）

⑦ 産前産後について母に当てはまるものに○を付けてください。（複数回答あり）

妊娠中毒症 飲酒 喫煙 服薬 過度のストレス（ _____ ）

その他（ _____ ）

⑧ 出産時について当てはまるものに○を付けてください。

出生時体重：（ _____ g）

出生の時期： 満期産 37 週未満 42 週以上

児の状態で問題があれば記入してください

（ _____ ）

⑨ 乳幼児期について（母子手帳があれば、見ながら記入してください）（複数回答あり）

首のすわり（ カ月） はいはい（ カ月） 一人で歩く（ 才 カ月）

意味のある言葉を話す（ 才 カ月） 人見知り（ 才 カ月）

同年代の子どもとのかかわり： 関心が薄い 年齢相応 積極的

その他：例 指吸い、トイレトレーニング等（ ）

特徴： 多動 攻撃的 不器用 過敏 こだわり強い 無関心 よく寝る よく泣く

1歳半健診： 問題なし 指摘あり（内容： ）

（対応： ）

3歳児健診： 問題なし 指摘あり（内容： ）

（対応： ）

⑩ 幼稚園、保育園について当てはまるものに○を付けてください。（複数回答あり）

登園しぶり 多動で落ち着かない 友達が少ない 言葉の遅れあり

先生からの注意が多い 指示に従えない

その他気になること（ ）

就学前健診： 問題なし 指摘あり（内容： ）

（対応： ）

習い事（ ） 好きなこと（ ）

⑪ 小学校について当てはまるものに○を付けてください。（複数回答あり）

不登校 遅刻 いじめ 多動で落ち着かない 友達が少ない

学校についてあまり話をしない 先生からの注意が多い 指示に従えない

その他気になること（ ）

学力： 上 中 下

得意科目（ ） 苦手科目（ ）

習い事（ ） 好きなこと（ ）

⑫ 中学校について当てはまるものに○を付けてください。（複数回答あり）

不登校 遅刻 いじめ 多動で落ち着かない 友達が少ない 問題行動あり

学校についてあまり話をしない 先生からの注意が多い 指示に従えない

その他気になること（ ）

学力： 上 中 下

得意科目（ ） 苦手科目（ ）

習い事（ ） 好きなこと（ ）

クラブ活動（ ）

⑬ 高校について当てはまるものに○を付けてください。(複数回答あり)

不登校 遅刻 いじめ 多動で落ち着かない 友達が少ない 問題行動あり

学校についてあまり話をしない 先生からの注意が多い 指示に従えない

その他気になること ()

学力： 上 中 下

得意科目 () 苦手科目 ()

習い事 () 好きなこと ()

クラブ活動 ()

⑭ 女子の場合、月経について当てはまるものに○を付けてください。

まだ発来していない ・ あり 初経年齢 (才)

順調 不順あり 止まっている 生理痛がひどい

⑮ アレルギーについて

なし ・ あり (病名：)

薬剤、食事でのアレルギーはありますか？

なし ・ あり (薬剤名：) (食品名：)

⑯ 睡眠について当てはまるものに○を付けてください。(複数回答あり)

よく寝られる なかなか寝られない 途中で目が覚める 決まった時間に起きられない

※睡眠時間：(時間)

⑰ 食事について当てはまるものに○を付けてください。(複数回答あり)

食欲： ある なし

食事量： 普通 食べ過ぎる 食べる量が少ない

その他気になること ()

※1日の食事回数：(食)

ご協力有難うございました。この問診票は診察のためだけに使用するものであり、記載していただいた個人情報につきましては、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。

医療法人 洋充会 勝田クリニック